№ 7 LIPIEC 1923 R. ROK XVIII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Błędy w zakresie zębolecznictwa z punktu widzenia medycyny sądowej.

Napisał

Prof. H. WILGA.

Warszawa.

Pod nazwą „błędy w lecznictwie" prawo rozumie mimowolne uchybienie i zboczenie od zasadniczych, nieodzownych przepisów medycyny podczas leczenia chorych, nie zaś umyślną szkodę, wyrządzoną przez lekarza pacjentowi. Ostatnie postępowanie lekarza, gdy będzie dowiedzione, uważane jest jako szkodzenie zdrowiu, lub zabójstwo (Sztolc [1]).

Błędy zawodowe w zakresie zębolecznictwa powstawać mogą: 1) podczas zachowawczego leczenia zębów, 2) podczas ich wyjmowania, 3) podczas sporządzania wszelkich dostawek i przyrządów, wchodzących w zakres techniki.

Błędy w dziedzinie zachowawczego leczenia zębów. Rehfuss [2]) uważa za wadliwe takie leczenie, gdy z powodu niewłaściwych zabiegów dentysty, lub też nieumiejętnego wykonania operacji powstała choroba pacjenta, lub jego śmierć. Tego rodzaju wadliwe leczenie może wyniknąć wskutek niedbalstwa, gdzie złej woli niema, lecz gdzie jednak nieuważnie i niechlujnie traktowano dany przypadek, lub przez nieuctwo prowadzono leczenie, niezgodnie z współczesnemi wymaganiami nauki.

Autor ten dalej zaznacza, iż dentysta za swe błędy zawodowe może być ścigany sądownie w drodze cywilnej lub kryminalnej. W ostatnim przypadku sprawa dotyczy zwykle śmierci chorego, po większej części spowodowanej ogólną narkozą. Cywilne dochodzenie prawne może wyniknąć, gdy dentysta oskarżony zostaje z tego powodu, że przy wyjęciu zęba złamał szczękę, albo spowodował inne jakieś uszkodzenie, pozwolił choremu połknąć ząb, albo wogóle spowodował

[1]) Podręcznik medycyny sądowej dla prawników. Petersburg, 1890, str. 385 (po rosyjsku).

[2]) Dental Jurisprudence, Philadelphia, 1892.

chorobę. Strona powodowa musi dowieść słuszności oskarżenia, i wtedy sąd stawia ekspertyzie pytania: czy uszkodzenie było przypadkowe, czy można było go uniknąć przy innym sposobie operacji lub leczenia, niż tym, którym się posługiwał oskarżony, czy ostatni postępował ze znajomością rzeczy, wymaganą od niego przez prawo, lub też, czy może być oskarżony o nieumiejętność lub niedbalstwo? Strona powodowa winna jeszcze dowieść, że ona ze swojej strony nie przyczyniła się do niepomyślnego wyniku operacji swem postępowaniem lub nieoględnością.

Dentysta według wymagania prawa winien posiadać pewną wiedzę w swym zawodzie, która jednak musi odpowiadać współczesnym wymaganiom nauki i przyjętym udoskonaleniom. W przypadkach zaś, gdy istnieje kilka narzędzi, lub kilka sposobów leczenia, wybór tychże jest pozostawiony uznaniu lekarza. Ostatni, o ile zastosował najlepszy sposób leczenia, nie może być pociągnięty do odpowiedzialności za niepomyślny wynik choroby.

Dentysta nie może dokonywać prób na chorych, lecz, jeżeli dowiedzie, że zastosowana przez niego metoda leczenia ma pierwszeństwo przed staremi, albo że w danym przypadku tylko ta właśnie mogła być zastosowana, odpowiedzialność za skutki nie spada na lekarza.

Wymienione zasady ogólne, dotyczące odpowiedzialności lekarza za niepomyślny wynik leczenia zębów, są te same, które stosowane bywają przez sąd do lekarza za błędy przy leczeniu chorób wogóle, a zatem nie będziemy się zastanawiali nad niemi, lecz rozpatrzymy poszczególne przypadki błędów zawodowych wyłącznie dentysty.

Ekspertyza błędów przy zachowawczem leczeniu zębów jest bardzo trudna ze względu na to, iż lekarz sądowy w wielu przypadkach, nie wiedząc w jakim stanie poprzednio znajdował się narząd zębowy poszkodowanego, nie może sądzić o celowości tych lub innych przedsięwzięć dentysty. Wskutek niedokładnych zabiegów przy leczeniu zwykłej próchnicy plomby prędko wypadają — co może być spowodowane przez wadliwe oczyszczenie ubytku próchnicowego, niedokładne jego osuszenie, lub nieumiejętne założenie materjału, używanego do plomb. Jeżeli zaś przygotowany dla plomby ubytek był dobrze osuszony, lecz ścianki jego nie były doprowadzone do jałowości, to próchnica będzie się posuwała pod plombą dalej i spowoduje wypadnięcie ostatniej, a nawet doprowadzi do zapalenia miazgi.

Poważne skutki dla chorego mogą powstawać wskutek błędów w djagnozie. Dotyczyć mogą one leczenia i plombowania zębów z obnażoną miazgą, uważaną za zdrową, lub plombowania zęba z martwą miazgą. W pierwszym przypadku, jeżeli miazga była zakażona lub, gdy warunki techniczne zakładania plomby nie odpowiadały danemu przypadkowi, może powstać zapalenie miazgi, w drugim—sprawa może przyjąć poważny obrót. Zapalenie zakaźne miazgi może szybko przejść na ozębną i wyrostek zębodołowy. Dalsze rozprzestrzenianie się zakażenia może się skończyć ropówką w sąsiedniej okolicy, zapaleniem kości, a w niektórych przypadkach nawet ropnicą lub posocz-

nicą. Powodem do ścigania sądowego może być zranienie miękkich tkanek pacjenta wskutek nieostrożnego, lub nieuważnego obchodzenia się ze świdrem, lub wydrążaczem podczas oczyszczania ubytku próchnicowego zęba i t. d., również niefortunne próby przy naprostowaniu (regulacji) krzywo — lub poza szeregiem stojących przednich zębów. Środki, używane przytem, celem naprowadzenia zęba na należyte miejsce, mogą być nieodpowiednie, lub też zbyt energiczne, wobec czego ząb albo ulega wywichnięciu, albo też powstaje zapalenie miazgi; wynikiem podobnego leczenia jest możliwa utrata zęba.

Literatura kazuistyki przypadków błędów w zakresie zębolecznictwa jest bardzo uboga dlatego, iż po większej części przypadki te nie są ogłaszane.

Sternfeld [1]), który przez dłuższy czas był rzeczoznawcą-dentystą, podaje ze swej praktyki sądowej następujące przypadki.

Opiekun niepełnoletniego pacjenta odmówił dentyście zapłacenia rachunku. Sprawę skierowano do sądu. Ekspertyza z ramienia sądu stwierdziła, że plomby u młodzieńca były założone dobrze. Podanie w rachunku prac przygotowawczych uznano za racjonalne. Powstała kwestja, czy należało wszędzie założyć plomby złote. Zdaniem autora, wobec niezamożności pacjenta i bez zgody jego opiekuna, dentysta powinien był założyć plomby amalgamatowe w zębach tylnych i cementowe w przednich. Sąd uznał za racjonalne i niezbędne wszystkie zabiegi z wyjątkiem niektórych wątpliwych, które nie mogły być sprawdzone, jak naprzykład, czyszczenie zębów etc. W drugim przypadku, jak podaje Sternfeld, technik dentystyczny założył plombę bezpośrednio po uśmierceniu miazgi za pomocą arszeniku, nie usuwając ostatniej, wobec czego rozwinęło się zapalenie okostnej zęba. Dalsze leczenie, przedsięwzięte przez pacjenta u dentysty, nie dało pomyślnego wyniku, i ząb nie mógł być zaplombowany. Wynikło pytanie, czy winien technik, czy też osoby, które następnie leczyły chorego. Badany na sądzie technik wykazał zupełną nieświadomość głównych zasad współczesnego zębolecznictwa, a zatem nie można było wątpić, że on to względem danego pacjenta dopuścił się widocznego błędu w zastosowanem przez niego leczeniu. Sąd się zgodził z tem zdaniem rzeczoznawcy.

Dr. Kuty[2]) opowiada, że pewien technik dentystyczny był oskarżony o niezdarne leczenie zęba, wskutek czego powstało obrzmienie, a następnie ropień na podniebieniu w miejscu odpowiadającem plombowanemu zębowi, który przy dalszem leczeniu wreszcie należało usunąć. Ekspertyza, wyznaczona przez sąd, wypowiedziała się w tym sensie, że w danym przypadku przyczyniono nieumyślnie szkodę, i że technik zawinił, podejmując się leczenia zębów, nie mając do tego prawa.

Błędy podczas wyjmowania zębów. Dentysta bywa czasami oskarżony o nieodpowiedni wybór środka znieczulającego, naprz.

---

[1]) Coresp. Blatt f. Zte. 1901 Nr. 1.
[2]) Friedreichs-Blätter f. gerichtl. Medicin, 1880. 2. T.

o zastosowanie ogólnej narkozy zamiast miejscowej. Rehfuss w sprawie ogólnej narkozy mówi, że zastosowanie jej w niektórych przypadkach należy uważać za humanitarne i konieczne; oddaje on pierwszeństwo tlenkowi azotu, uważając go za bezpieczniejszy, niż chloroform, eter i t. p. Bronardel [1]) mówi, że większą odpowiedzialność za nieszczęśliwe przypadki ponosi ten, kto uśpił chorego dla ekstrakcji zęba lub usunięcia nieznacznego guzka, aniżeli ten, kto zrobił to wobec konieczności amputacji nogi, lub usunięcia gruczołu piersiowego.

Co do wyboru środka znieczulającego przy wyjmowaniu zębów miałem sposobność już wypowiedzenia się w pracy p. t. „Miejscowe znieczulanie przy wyjmowaniu zębów", w której oddaję pierwszeństwo środkom miejscowo-znieczulającym, jako mniej niebezpiecznym, zalecając stosowanie ogólnego uśpienia jedynie wówczas, gdy należy usunąć wiele zębów u osób nerwowych wobec ich na to zgody, a celem usunięcia niewielu zębów w wyjątkowych tylko razach, jako to: przy konieczności natychmiastowego usunięcia zęba, które nie da się uskutecznić zwykłą drogą z powodu niemożności otwarcia ust — co ma miejsce niekiedy przy zapaleniu tkanki w okolicy zęba mądrości i innych trzonowców, lub też przy szczególnie nerwowym stanie chorego, nie pozwalającym na wykonanie operacji. W innych razach, wiedząc ze statystyki, że na 2—3 tysiące przypadków ogólnej narkozy przypada 1 przypadek śmierci, byłoby nie do darowania ryzykowanie życiem przy tak nieznacznej operacji, jaką jest np. wyjęcie zęba. Zupełne wykluczenie ogólnej narkozy przy wyjmowaniu zębów jest niemożliwe. Należy liczyć się z tym psychicznym stanem bardzo nerwowych chorych, którym trzeba usunąć wiele zębów; usunięcie to może być dokonane tylko podczas kilku seansów, gdy za każdym razem taki chory doznaje wstrząśnienia nerwowego. W takich przypadkach ogólna narkoza, pozwalająca uskutecznić operację na jednem posiedzeniu, ma jeszcze to znaczenie, że pozbawia chorego przytomności na cały czas trwania operacji. Jak ostatnia okoliczność jest ważna, świadczą poniższe przypadki, przytoczone przez dr. Kamieńskiego[2]). Dezo stracił jednego chorego, gdy tylko przeprowadził paznokciem linję po skórze w kierunku przypuszczalnego cięcia. Simson opowiada o przypadku śmierci chorego wskutek przestrachu przy pierwszem cięciu skórnem. Nussbaum słusznie twierdzi, że utrata przytomności w czasie, gdy każda myśl jest dręczącą i straszną, powinna być uważana za wielkie dobrodziejstwo.

Wszystko, co dotyczy ogólnych przeciwwskazań do narkozy, jak również przestrzegania wskazanych przez naukę wymagań przy jej używaniu i odpowiedzialności za skutki ostatniej, jednakowo dotyczy i chirurga i dentysty, a więc nad tem zastanawiać się nie będziemy.

Pozycja chorego podczas wyjmowania zębów w ogólnej narkozie, powinna być albo pozioma z głową zwieszoną, albo wpółsiedząca, aby tym sposobem zapobiedz zaciekaniu krwi do dróg oddechowych.

---

[1]) *Amoëdo.* L'art dentaire en medecine légale. Paris. 1898.
[2]) Odont. Obozr. 1902. 4.

Szczególnie należy uważać, by wyjęty ząb, jego korzonek lub odłamek nie dostał się do krtani. Żaden wyjęty ząb nie powinien być pozostawiony w ustach ani na chwilę; należy odłożyć go na stronę i wtedy dopiero przystąpić do wyjęcia drugiego.

W literaturze opisane są nieszczęśliwe przypadki dostania się zębów do dróg oddechowych. Tak Warrack[1]) opisał przypadek, gdzie przy wyjęciu zębów w narkozie jeden z nich dostał się do lewego oskrzela. Powstało obumarcie lewego płuca, i wreszcie nastąpiła śmierć chorej. Himmelsbach opowiada o przypadku dostania się w ten sam sposób zęba do dróg oddechowych. Chora cierpiała przez 6 miesięcy na lewostronne zapalenie oskrzeli z towarzyszącemi mu silnemi napadami kaszlu. Raz podczas napadu kaszlu chora wyplunęła ząb, poczem odzyskała zdrowie. Podobny przypadek był również opisany przez Junkermana.[2])

Szerokie zastosowanie ogólnej narkozy w praktyce dentystycznej da się wytłumaczyć stosunkowo nieznacznem niebezpieczeństwem tlenku azotu, najczęściej używanego przy wyjmowaniu zębów. Jeśli sądzić o tym środku na zasadzie danych z literatury a szczególnie danych, przytoczonych przez Schaeffera[3]), to należy przyznać, że jest on mniej niebezpieczny w porównaniu z chloroformem, eterem i innemi środkami. Trzeba jednak zauważyć, że wszystkie dane o stosowaniu tlenku azotu dotyczą wyjmowania nieznacznej ilości zębów (1—3), gdyż czas narkozy jest krótki. Jeśli zaś, jak zaznacza Schaeffer, narkoza trwa długo, to powstaje zatrzymanie oddechu, które może spowodować śmierć. Przy krótko trwających operacjach więc, o ile jest konieczne zastosowanie ogólnej narkozy, należy stosować tlenek azotu, jako środek mniej niebezpieczny. Jeśli narkoza powinna trwać dłuższy czas, naprzykład przy wyjęciu wielu zębów, to rzecz wątpliwa, czy środek ten ma jakie pierwszeństwo przed eterem, chloroformem i innemi podobnemi środkami.

Ze względu na wyżej wyłuszczone dane szerokie zastosowanie w praktyce dentystycznej ogólnej narkozy, chociażby tlenku azotu, nie znajduje odpowiedniego usprawiedliwienia, ponieważ za nieznacznemi wyjątkami da się zastąpić przez miejscowe znieczulenie, przy którego pomocy można zupełnie bez bólu usunąć 1—2, a nieraz i 3 zęby podczas jednego posiedzenia.

Ze środków, używanych do miejscowego znieczulania najwięcej rozpowszechnionym i używanym jest kokaina. Wynik moich spostrzeżeń nad działaniem 1% i 2% kokainy, obszernie podany w wyżej wymienionej mej pracy, opiera się na stosowaniu przeze mnie tego środka przy wyjmowaniu więcej, niż 4 tysięcy zębów. Zestawiając te wyniki z podanemi w literaturze, zebranemi przeze mnie i tyczącemi się więcej niż 10.000 przypadków zastosowania kokainy, dochodzę do wniosku, że kokaina jest wspaniałym środkiem znieczulającym, stosunkowo bez-

---

[1]) Wilga. Odont. Obozrenie, 1901.
[2]) Łepkowski i Wachholz. Przegląd Dent. 1901.
[3]) Deut. Mon-ft f. Z-de 1892. 45.

piecznym, któremu należy oddać pierwszeństwo przed ogólną narkozą. Objawy ogólnego działania na ustrój, spotykane przeze mnie (na 4000 wyjęć) w $^1/_2$% przypadków prędko mijały.

Należy jednak nadmienić, że i kokainy nie można uważać za środek zupełnie bezpieczny. Prof. Zwierzchowski[1]) zebrał 654 przyp. otrucia przy stosowaniu kokainy, z tych nastąpiła śmierć w 52. Już 0,04 może być według Vamossy dawką, powodującą śmierć.

Co się tyczy innych środków miejscowo-znieczulających, jak np. eukainy A. u B., ortoformu, tropakokainy, nirwaniny i innych, to w literaturze spotykamy wiele sprzecznych danych tak, że trudno wyrobić sobie o nich mniej lub więcej pewne zdanie.

Powikłania, jakie się spotyka przy wyjmowaniu zębów bywają: błędy o charakterze technicznym, krwotoki i zakażenie.

Błędy o charakterze technicznym polegają: na 1) poranieniu miękkich tkanek, szczególnie przy poślizgnięciu się elewatora, złamaniu zębodołu (bardzo rzadko wyrostka zębodołowego); 2) odłamaniu przez uderzenie kleszczami części korony zęba przeciwległego w czasie wyjęcia; 3) wywichnięciu szczęki dolnej przy nadmiernem rozwarciu ust którą to szczękę łatwo wprawić można ponownie; 4) wywichnięciu sąsiedniego zęba, czy to z powodu nieostrożności, czy też, co bywa częściej, z powodu skrzyżowania się korzeni obu zębów; 5) usunięciu nie tego zęba, na który wskazał chory, etc. Podobny do ostatniego przypadek przytacza Sternfeld. Dentysta, zawezwany późno wieczorem do chorej, przez omyłkę usunął jej II dwuguzkowiec zamiast I. Operator tłumaczył się w sądzie tem, że pacjentka podczas wyjęcia upadła na wznak, wobec czego kleszcze ześlizgnęły się, ująwszy II zamiast I dwuguzkowca. Ekspertyza nie zgodzi się z tem dowodzeniem; twierdząc, że w danym przypadku kleszcze mogły ześlizgnąć się naprzód i ująć kieł, lecz w żaden sposb II dwuguzkowiec.

Literatura dentystyczna przytacza wiele przypadków znacznych krwotoków po wyjęciu zęba u osób ze skazą krwotoczną; przypadki te nie przedstawiają nic ciekawego, ponieważ odpowiedzialność lekarza w podobnych razach jest taka sama, jak i w przypadku śmierci krwawca po wszelkiej innej nieznacznej operacji. Rzecz inna, gdy niebezpieczny krwotok po wyjęciu nastąpił dlatego, że lekarz zwolnił chorego, nie powstrzymawszy krwotoku i nie uprzedziwszy chorego, że krwotok może się powtórzyć; w takich razach odpowiedzialność za skutki spada na dentystę.

Należy jeszcze wzmiankować o rozpowszechnionem mniemaniu, że usunięcie zęba może spowodować uszkodzenie wzroku. O istnieniu jakiegoś związku między zębami i oczami można wywnioskować stąd, że spostrzegano przypadki chwilowej ślepoty (Łepkowski i Wachholz), która nastąpiła po silnym krwotoku wskutek wyjęcia zęba. Gałęzowski[2]) wzmiankuje, że podczas wyrzynania się kłów i dwuguzkowców można zauważyć niektóre cierpienia oczu. Tenże autor zauwa-

---

[1]) Wilga, l. c.
[2]) Traité de maladie des veaux, p. 570.

żył conjunctivitis i ceratitis przy wyrzynaniu się zęba mądrości. Metras[1]) wspomina o przypadku ślepoty jasnej (amaurosis), wyleczonej po usunięciu zęba, i o innym, gdzie, przeciwnie, chory po wyjęciu zęba chwilowo zaniewidział. Arkövy[2]) również przytacza kilka przypadków, gdzie dzięki wyjęciu zęba wyleczono ślepotę.

Wreszcie ostatniem i często najpoważniejszem powikłaniem przy wyjęciu zęba bywa *zakażenie*, skutkiem którego nastąpić może zapalenie okostnej, kości, ropówka, ropnica, posocznica i śmierć. Przypadki śmierci po wyjęciu zęba są opisane przez wielu autorów (Paltauf, Mosetig, Ritter, Owen, Descubes, Goodhart, Zahn, Poncet i inni).

Miller[3]) przytacza 40 przypadków różnych chorób, jak naprz. zapalenia okostnej, kości, ropówki, obumarcia, ropnicy i posocznicy, które powstały po wyjęciu zęba, lub wskutek innych operacji dentystycznych, przyczem połowa ich skończyła się śmiercią. Koehler[4]) usunął w dolnej szczęce korzenie, poczem rozwinęło się zapalenie okostnej szczęki, ropówka szyi, zapalenie krtani, oskrzeli, płuc i zapalenie osierdzia. Śmierć nastąpiła po 7-iu dniach, pomimo zastosowania najenergiczniejszych środków chirurgicznych.

Z powodu takich nieszczęśliwych przypadków, następujących po usunięciu zębów, wśród wielu nawet dentystów powstało mniemanie, że przy ostrem zapaleniu okostnej nie należy usuwać zębów; powołują się oni na to, że opisane przypadki śmierci zawsze postępowały po wyjęciu zęba, co poniekąd staje się przyczyną śmierci. Jednak, bezsprzecznie, we wszystkich tych przypadkach wyjmowania, o ile rana nie była zakażona niejałowem narzędziem lub drobnoustrojami, które przedostały się do rany z jamy ustnej, śmierć następowała nie z powodu wyjęcia, a bez względu na nie. Przepisy chirurgji są te same tak w stosunku do szczęki, jak i do innych kości. Jeżeli prawidłem zasadniczem chirurgji w przypadkach spraw ropnych jest utworzenie dogodnego ujścia dla ropy i usunięcie przyczyny, wywołującej ropienie, to staje się niezrozumiałem, dlaczegoby tego samego nie zastosować do przypadków spraw ropnych w szczękach. A więc, z punktu widzenia chirurgji należy nie tylko usunąć ząb, który spowodował ropienie, lecz również dać szerokie ujście ropie, nagromadzonej albo w zębodole, albo w samej kości szczęki. W przypadkach zapalenia szpiku kostnego szczęki należy również, jak w innych kościach, trepanować szczękę, o ile tylko ujście dla ropy przez zębodół po usuniętym zębie jest niedostateczne. Słowem, nie można się ograniczać do samego wyjęcia zęba, lecz zależnie od przypadku należy przedsiębrać odpowiednie środki chirurgiczne.

Drugą kwestją przy zawikłaniach po usunięciu zębów z punktu widzenia medycyny sądowej jest pytanie, czy istniało zakażenie przed wyjęciem, czy też zaszczepił je choremu dentysta nieczystem narzędziem. Pytanie to jest bardzo trudne do rozstrzygnięcia. Wiadomo-

---

[1]) Amoëdo (l. c.).
[2]) Diagnostik der Zahnheilkunde 1896.
[3]) Dental Cosmos, 1901, Nr. 9, 10 11.
[4]) Charité Annal, r. 14.

ści o stanie chorego przed operacją, przygotowanie do niej, wykonanie jej, prowadzenie leczenia po operacji rzuca nieco światła na tę sprawę i daje możność rzeczoznawcy przynajmniej sądzić o tem, czy dentysta zrobił wszystko, czego od niego wymaga nauka. Miejsce zwykłych operacji dentystycznych — jama ustna — obfituje w znaczną ilość drobnoustrojów; z tych niektóre są chorobotwórcze, Rozumie się, że zanim się przystąpi do wyjęcia, należy przeprowadzić jaknajstaranniej odkażanie jamy ustnej, rąk operatora oraz narzędzi. Po wyjęciu i powstrzymaniu krwi należy udzielić choremu wskazówek co do dalszego płukania ust, niedotykania rany rękoma i t. d. Jeśli wymienione wskazówki są przestrzegane, to w razie zakażenia dentysta nie ponosi żadnej odpowiedzialności, ponieważ wiadomem jest, że zakażenie albo istniało przed wyjęciem, albo powstało podczas ostatniego bez względu na przedsięwzięte środki zaradcze wskutek istnienia w jamie ustnej chorego drobnoustrojów chorobotwórczych o znacznej sile, na które płukanie nie działa, i z któremi osłabiony i wycieńczony organizm nie jest w stanie walczyć.

Niezastosowanie starannego wyjałowienia wszystkich narzędzi, używanych przez dentystów, może również spowodować zaszczepienie przymiotu i innych chorób zakaźnych. Tak naprz., Dulle, Lanceraux, Otis, Giovanni, Ludston i inni[1]) przytaczają przypadki przenoszenia syfilisu drogą narzędzi dentystycznych na wargę pacjenta. Parker[2]) opisał przypadek zarażenia syfilisem całej rodziny po wyjęciu zębów. Miller[3]) twierdzi, że przypadki przenoszenia syfilisu drogą narzędzi można obliczać na setki.

Błędy w dziedzinie techniki dentystycznej. Sternfeld jedyny, który napisał obszerną pracę w sprawie błędów w dziedzinie techniki dentystycznej, nie przytacza oddzielnych przypadków, które były przedmiotem ekspertyzy sądowe, a mówi tylko o tych ogólnych zasadach, z punktu widzenia których należy omiawiać większość spotykanych spraw spornych. Co do tych zasad praktyka przytacza następujące.

Dentysta przed przygotowaniem dostawki powinien doprowadzić do porządku jamę ustną, mianowicie: usunąć zepsute zęby, które nie mogą być ani wyleczone, ani zaplombowane. Gdy pacjent nie zgadza się na usunięcie korzeni, pomimo przekonywań dentysty o konieczności uczynienia tego, należy je podpiłować, oczyścić, wyleczyć i zaplombować, Dostawki nie wstawia się wkrótce po usunięciu zębów, ponieważ wobec następującego zaniku wyrostka zębodołowego nie będzie mocno się trzymała; o tem powinien dentysta uprzedzić chorego i wyjaśnić doniosłość skutków.

Dokładny wycisk szczęki i prawidłowy zgryz zębów sztucznych — oto są najgłówniejsze warunki dobrego trzymania się dostawki. Rzeczoznawca powinien mieć na względzie, że między ekspertyzą i zdjęciem wycisku niekiedy przechodzi wiele cza-

---

[1]) Amoëdo. Revue de Stomatologie, 1900. 7.
[2]) Western Dent. Journąl, 1890.
[3]) L. c.

su, w ciągu którego szczęka mogła zmienić swój kształt, i dlatego wycisk może być nieodpowiedni. Przestrzeganie prawidłowego zgryzu jest ważnym czynnikiem w technice dentystycznej, często jednak pomimo doświadczenia i uwagi dentysty wycisk nie udaje się, ponieważ chory podczas próbnego zamykania ust wysuwa dolną szczękę naprzód lub wbok. Jednak obowiązkiem dentysty jest osiągnięcie prawidłowego zgryzu.

W i e l k o ś ć, f o r m ę i b a r w ę z ę b ó w s z t u c z n y c h dobiera się tak, by zupełnie były podobne do zębów naturalnych, pozostałych u pacjenta. Ilość sztucznych zębów nie powinna przewyższać ilości brakujących naturalnych. Zębów mądrości nie zastępuje się sztucznemi.

U m o c o w a n i e s z t u c z n y c h z ę b ó w może być osiągnięte albo drogą przyssania, albo za pomocą klamer. Dostawki dla szczęki górnej mogą być przytrzymywane za pomocą klamer. Dostawki dla szczęki górnej mogą być przytrzymywane za pomocą obu sposobów, dostawki zaś dolnej umocowuje się za pomocą sprężyn, albo klamer. Umocowanie dostawki drogą przyssania do podniebienia jest w związku z dokładnością wycisku szczęki. Przyssanie rzadko odbywa się odrazu, zwykle następuje ono po pewnym czasie. Jeśli zaś przyssanie nie nastąpiło po upływie doby, należy szukać przyczyny tego w niedokładności dostawki. Metalowe klamry dostawek, za pomocą których ostatnie przymocowywuje się do naturalnych zębów, w pewnym stopniu ujemnie oddziaływują na zęby naturalne, wywołując drogą tarcia częściową utratę substancji zębowej i sprzyjając powstawaniu próchnicy zębowej. Od zębów sztucznych wymaga się powrotu prawidłowej mowy, przywrócenia funkcji żucia, zachowania poprzedniego wyglądu. Dostawka nie powinna również wpływać ujemnie na smakowe wrażenia. Zwykle najprędzej wraca mowa, następnie smak; funkcje żucia nieraz nie prędko wracają nawet przy dobrze umocowanej dostawce. Metalowe części dostawek na zasadzie rozporządzenia b. Rady Lekarskiej powinny być zrobione ze złota. Punkt ten może być przedmiotem ekspertyzy sądowej, ponieważ zdarza się, że pacjenci występują z pretensją, że utracili smak z powodu użycia klamer niezłotych, a miedzianych. Tak, Emmert wspomina o przypadku, gdzie chora zaskarżyła dentystę, gdyż wykonał metalowe części w dostawce z miedzi i tem spowodował cierpienie chorej. Ekspertyza uznała słuszność pretensji.

Dział sprawozdawczy.

29) A l l e r h a n d H. d r. (Lwów). **O leczeniu białkami w stomatologji.** (P. Gaz. Lek. nr. 1—1923 r. str, 10).

Rozpowszechnione leczenia białkami w różnych działach medycyny miało wpływ i na stomatologję. Leczenia szczepionkami próbowano przy uporczywych przewlekłych schorzeniach jamy ustnej; zapo-

cząktkował je Wright, a za nim szereg innych autorów: Goadby, Lear, Laymon, Medalia i inni, stosując je przy ropocieku zębodołowym, zapaleniu śluzówki jamy ustnej i ostrych sprawach posoczniczych w obrębie szczęk; szczepionki stosowano bądźto gotowe (stock vaccines), bądźto samorodne (autogenous vaccines); wyniki były dość zadowalniające. Miały one jednocześnie swoich przeciwników, nie tylko odmawiających im zupełnie wartości, lecz nawet zarzucających szkodliwość wskutek odsuwania na plan dalszy leczenia radykalniejszego. Po pierwszych falach zapału entuzjazm w tym kierunku zmalał znacznie; leczenie szczepionkami, zwłaszcza przy ropocieku zębodołowym, ustąpiło miejsca sposobowi bardziej radykalnemu, chirurgicznemu.

Spóźnionem echem odbiła się leczenie szczepionkami (wakcynoterapja) w Niemczech. Seitz podaje dobre wyniki, uzyskane proteinoterapją przy ropocieku zębodołowym, który uważa za ostatnie ogniwo w łańcuchu schorzeń jamy ustnej: zapalenie dziąseł, zapalenie śluzówki jamy ustnej (stomatitis) i ropociek zębodołowy — trzy postacie chorobowe, różniące się między sobą nasileniem objawów i stanowiące trzy etapy swoistej „skazy ropociecznej". Powodem, iż skaza ropocieczna (pyorrhoische Diathese) w jednych przypadkach postępuje, w innych zaś nie rozwija się i nie wychodzi niejako poza postać poronną są niewątpliwie szkodliwości miejscowe, nieprawidłowości zgryzu, niedostateczna hygiena ustna. Jest jeszcze inny czynnik, dotychczas niedość uwzględniany: zmniejszenie odporności tkankowej danego osobnika. Przy dostatecznej odporności choroba nie zdoła się rozwinąć.

Obok ogólnej odporności krwi i soków tkankowych istnieje odporność miejscowa; zadaniem leczenia białkowego jest podniesienie miejscowej żywotności tkanek. W tym celu sporządza Seitz z hodowli drobnoustrojów, uzyskanych z różnych świeżych przypadków skazy ropociecznej, zawiesinę, z krórej przygotowuje przy dodaniu środków konserwujących maść, przez co antygen może działać bezpośrednio na chorą tkankę; dobre wyniki w szeregu przypadków uzyskano przez podniesienie ogólnej i miejscowej odporności tkankowej, dzięki ułatwionemu wsysaniu maści przez rozpulchnioną śluzówkę jamy ustnej.

Poza Seitzem leczenie ropocieku zębodołowego szczepionkami nie liczy wielu zwolenników.

Większe zastosowanie znalazła proteinoterapja w ściślejszem tego słowa znaczeniu, t. j. leczenie białkami nieswoistemi, w innych schorzeniach jamy ustnej i szczęk w postaci wstrzykiwania mleka przy sprawach posoczniczych, ranach ropiejących, powikłanych zapaleniem naczyń chłonnych, ropowicą, różą, posocznicą, przy ropnicach, promienicy i źle skonsolidowanych złamaniach postrzałowych szczęk; wyniki były pomyślne (Dziembowski).

Wielowartościowa szczepionka buljonowa Debbeta (1914), zawierająca paciorkowce, gronkowce i laseczniki ropy błękitnej, była stosowana przy zapaleniu szpiku kostnego szczęk z równem powodzeniem, jak przy zajęciu innych części kośćca. Szczepionkę sporządza się z hodowli, przestałych przez przeciąg około miesiąca i wyjałowionych przez ogrzewanie do 65 stopni; umożliwia to wstrzykiwanie większych ilości toksyn, znacznie osłabionych, przyczem lasecznik ropy błękitnej osła-

bia w znacznym stopniu jadowitość paciorkowców. Zwykła dawka wynosi 4 ccm. i zawiera około 13 miljardów drobnoustrojów, a mianowicie: około miljarda 750 miljonów paciorkowców, 3 miljardy 300 miljonów gronkowców i 8 miljardów prątków ropy błękitnej.

Przy zapaleniu śluzówki jamy ustnej (stomatitis) zaczęto stosować wstrzykiwania mleka i preparatów mlecznych (śródskórnie), dzięki dobrym wynikom, uzyskanym przy licznych w ostatnich latach przypadkach zarazy pyskowo-racicznej, przeniesionej na ludzi ze zwierząt domowych. Na to leczenie zaś u ludzi naprowadziły pomyślne wyniki, uzyskane wstrzykiwaniami preparatów mlecznych (aolanu) u zwierząt, dotkniętych zarazą. Sprawy chorobowe, przebiegające z powierzchownem obumarciem śluzówki jamy ustnej (stomatitis ulcerosa), oporne poprzednio przez przeciąg długich tygodni na miejscową chemoterapję, polepszały się w przeciągu kilku dni; wrzody oczyszczały się i pokrywały nabłonkiem pod wpływem dwóch do trzech wstrzyknięć śródskórnych aolanu, 0,4—0,5 g. na dawkę, w odstępach 4 do 4-dniowych (Nissen).

Wkrótce pojawiły się bierne liczne prace, dotyczące leczenia zapalenia dziąsła śluzówki ustnej, a także zapalenia ozębnej (periodontitis) i ropocieku zębodołowego, przyczem proteinoterapję wspomagano przez usunięcie kamienia nazębnego i wyjęcie zepsutych pni. Przy ostrem zapaleniu ozębnej leczenie białkiem nie jest wskazane, gdyż z powodu znacznego odczynu ogniskowego występują silne bóle; w jednym przypadku Hillego sztywność stawu żuchwowego wskutek ropienia dookoła zęba mądrości, leczonej przez 14 dni bez skutku, nastąpiło już w dniu wstrzyknięcia preparatu mlecznego — kazeosanu — zwiotczenie torebki stawowej i możliwość przyjmowania pokarmów.

Zakres działania leczenia białkowego w stomatologji jest naturalnie bez porównania mniejszy od roli, jaką leczenie to odgrywa w innych działach medycyny. Nie mniej jednak sposób ten leczenia stanowi cenny nabytek terapeutyczny, dozwalający stomatologowi na użycie metod, cieszących się olbrzymiem rozpowszechnieniem w ogólnej medycynie, i na traktowanie jamy ustnej, jako części całego ustroju. Praktyczne znaczenie proteinoterapji jest niewątpliwe; w tłumaczeniu teoretycznem ścierają się tylko teorje przeciwne, pokrywające olśniewającą djalektyką luki naszego poznania. *K.*

30) Hemmeter. **Współczesne problematy fizjologji trawienia i przemiany materji w stosunku do zębów** (Dental Cosmos r. LVI).

Dla odontologa jest rzeczą ważną wiadomośc, iż przyczyn niszczenia szkliwa zęba nie zawsze szukać należy poza zębem, t. j. że nie zawsze działają one ze strony jamy ustnej. Bardzo poważne zmiany patologiczne w szkliwie i zębinie powstawać mogą z przyczyn wewnętrznych, oddziaływujących na zęby za pośrednictwem naczyń krwionośnych i chłonnych. We wszystkich przypadkach, w których we krwi znajduje się taki nadmiar kwasów, iż alkalja, krążące we krwi, nie są w stanie go zneutralizować, mamy do czynienia ze stanem, który Naunyn nazwał „acidosis“ (kwasowość).

Acidoza bywa: absolutna, lub względna. Wzmożenie kwasowości krwi powstaje z dwóch powodów: albo 1) wzrasta wytwarzanie się kwasów—acidoza absolutna, albo 2) zmniejsza się ilość alkalji, któremi rozporządza organizm—acidoza względna.

W obu przypadkach w rezultacie powstaje wzmożone wydzielanie amoniaku z nerek. Przy acidozie absolutnej kwasy, wytwarzane w nadmiernej ilości, najprzód łączą się z alkaljami nielotnemi, a gdy tych ostatnich zbraknie, wówczas stale następuje wzmożone wydzielanie amoniaku. W tym przypadku wydzielanie amoniaku stanowi objaw wtórny. W drugim przypadku, przy acidozie względnej, wzmożone wydzielanie amoniaku jest objawem pierwotnym, gdyż organizm dąży do zachowania zapasu alkalji.

Przeładowanie krwi kwasami powstaje głównie dzięki kwasowi oksybutyrowemu, lecz i inne kwasy organiczne mogą wywołać taki sam skutek. (Patrz Noorden „Handbuch der Pathologie des Stoffswechsels" s. II r. 81).

Działanie chlorku amonu, zawartego we krwi. Zawsze, gdy wskutek jakiego procesu patologicznego cały zapas alkalji we krwi ulega wyczerpaniu, jak to ma miejsce w rachitis, osteomalatio, podagrze, kwasomoczu, diabetes, organizm usiłuje przywrócić równowagę pomiędzy kwasami i alkaljami, czerpiąc stopniowo materjał z tych tkanek, które składają się z substancji, zdolnych do zobojętniania kwasów. Są to głównie kości i zęby. Że tak jest istotnie, dowodzi fakt, iż w wymienionych chorobach następuje polepszenie po zaleceniu do wewnątrz wapna, w diabetes zaś w szczególności znamy przypadki czasowego wyleczenia śpiączki za pomocą wstrzykiwań podskórnych rozczynów alkalicznych, a nawet wprowadzania do ustroju tych rozczynów per rectum.

Takie bezpośrednie rozpuszczanie tkanek, zawierających wapno, we krwi mniej alkalicznej, niż powinna być normalnie, stanowi jedną z dróg, które prowadzą do chorobliwego stanu tych tkanek.

Inną drogą, o której rzadko kiedy wspomina się nawet w specjalnych pracach o tym przedmiocie, stanowi rozpuszczanie tkanek, zawierających wapno w chlorku amonu, znajdującym się we krwi. Jeśli krew z jakiegokolwiek powodu utraca wolne alkalja, i w przypadku, gdy nie jest to objaw chwilowy tylko, chlorek amonu, nie będąc kwasem z natury, może działać jak kwas i wywołuje odciąganie wapna.

Że zaś wapień ma duże znaczenie w budowie tkanek, widoczne jest z prac Rösego, który stwierdził, iż w miejscowościach, posiadających wodę twardą, t. j. zawierających dużą ilość wapna, procent zepsutych zębów wśród ludności jest mniejszy, niż w miejscowościach, w których woda jest bardziej miękka. Jak wspomniano, chlorek amonu wytwarza się, skoro tylko krew utraca wolne alkalja, a jeśli stan taki trwa dłuższy czas, sól ta może działać jak kwas. W tej kwestji należy zwrócić uwagę na doświadczenie L. de Jagera i własne doświadczenie autora, wykonane w pracowni fizjologicznej uniwersytetu w Merylandzie.

Dla próby wzięto zdrowy ząb i zanurzono go w rozczynie chlorku amonu. Po upływie dwóch godzin w rozczynie stwierdzono kwas fosforowy. W 24 godzin po wyjęciu zęba z rozczynu przy podgrzewaniu rozczynu z NaOH powstał osad. Przepuszczając przez rozczyn kwas węglowy, po 15 minutach można stwierdzić obecność kwasu fosforowego za pomocą libdenowo-amonjakalnej soli. Ten kwas fosforowy mógł powstać jedynie z fosforanu wapna zębiny i szkliwa. Ząb, włożony do chlorku amonu na jedenaście dni, stracił na wadze 72 mgr. Inny zdrowy ząb stracił po pięciu dniach 38 mgr. Szkliwo zmiękło tak, że można je było skrobać jak kredę. Doświadczenie to dowodzi, że sól obojętna, jak chlorek amonu, może rozpuszczać substancję zęba.

Zasilanie krwi alkaljami lub wapnem. Jeśli krew zawiera zbyt mało alkalji, to w wyniku wytwarza się nadmiar chlorku amonu. To samo ma miejsce w razie braku wapna. W obu przypadkach można zaradzić biedzie, wprowadzając do organizmu alkalja lub wapno. Wobec tego autor gotów jest tłumaczyć wadliwy stan szkliwa i zębiny w niektórych chorobach człowieka brakiem wapna w organizmie, brak ten zaś powstaje wskutek tej lub innej postaci acidozy, o której powyżej była mowa.

Wewnętrzne przyczyny próchnicy zębów w niektórych przypadkach. Teorja Millera, według której próchnica zawsze zależy od wytwarzania się w ustach kwasu mlecznego, który rozpuszcza szkliwo, i od stopniowego wtargnięcia drobnoustrojów, może być słuszną w zastosowaniu do niektórych postaci próchnicy, lecz autorowi nin. pracy zawsze wydawał się dziwnym fakt, że kamień nazębny, przeważnie składający się z węglanu wapna, łatwiej rozpuszczający się w kwasie mlecznym, niż szkliwo i osiadający najczęściej na chorych zębach, osiada w dalszym ciągu i wówczas, gdy zniszczenie zęba postępuje. Skoro kamień taki łatwiej rozpuszcza się w kwasie mlecznym, aniżeli szkliwo, i tak jest istotnie, to możnaby się spodziewać, iż kamień nazębny chronić będzie ząb od zniszczenia, a nie pomagać temuż.

Autor uważa za rzecz prawdopodobną, że zniszczenie szkliwa nie zawsze poczyna się z zewnątrz i posuwa się do wewnątrz, lecz, że czasami zaczyna się od strony zębiny, że proces ten w pewnych przypadkach bywa pochodzenia wewnętrznego, a nie zewnętrznego i że wtargnięcie bakterji w stosunku do tego procesu jest objawem wtórnym. Zębina to tkanka żywa, i sądzić należy, że choroba przynajmniej w pewnych przypadkach rozpoczyna się w miazdze, a nie na powierzchni ustnej zęba.

Pożądana jest analiza moczu. Przytoczone powyżej krótkie dane co do przemiany materji w zębie powinnyby zachęcić dentystów do badania pod względem kwasowości nie tylko jamy ustnej, lecz i moczu, a jeśli kwasowość okaże się przez dłuższy czas wyżej normy, jeśli amoniak wydziela się nadmiernie, to należy przepisywać do wewnątrz wapno w postaci mleczanu i fosforanu wapna po 2—3 gramy dziennie wraz z jakiemikolwiek alkaljami. Najodpowiedniejszym

w tych przypadkach według spostrzeżeń autora będzie cytrynian sodu.

Przed zabraniem moczu do analizy, conajmniej na cztery dni, należy przepisać djetę w odpowiednim stosunku i odpowiedniej jakości, porcję zaś moczu do badania należy odbierać z ilości, oddanej w ciągu doby. Stopień kwasowości najdokładniej można określić według ilości amoniaku w moczu, zebranym w ciągu doby. Jeśli skład pożywienia znany jest dokładnie, to z analizy ilościowej NH_3 w moczu można określić, czy ilość NH_3 wytwarzana w nerkach przewyższa ilość wchłanianą z pokarmem. Jeśli tak, to znaczy, że organizm otrzymuje zapas NH_3 i innych alkalji z normalnych tkanek. Jeśli zaś ilość NH_3, wydzielana z nerek w ciągu 24 godzin, przewyższa ilość NH_3, znajdującą się w pokarmie, to pacjent produkuje nienormalną ilość kwasów, które wydziela po złączeniu kwasów z amoniakiem protoplasmy komórek. Kwas organiczny, występujący w takich razach w moczu, jest to przeważnie beta-oksybutyrowy, niekiedy aceton lub kwas dwuoctowy. W podagrze i niektórych postaciach reumatyzmu kwas moczowy wymaga nadmiernej ilości alkalji do zobojętnienia. Kwas oksybutyrowy w djabecie wytwarzany jest przez proces wewnątrzkomórkowy, t. j. wewnątrz komórek organizmu. Szkodliwe są dla organizmu nie te kwasy, które wydziela, lecz te, które pozostają w nim niezobojętnione. Wytwarzane patologicznie lub zatrzymywane kwasy organiczne nie tylko że odciągają ze krwi i wyczerpują zapasy alkalji w niej rozpuszczonych, ale, o ile odczyn alkaliczny krwi spada w znacznym stopniu, i tkanki, zawierające wapno, zaczynają je tracić. A więc organizm w stanie acydozy traci wapień z moczem, który wówczas zawiera tegoż więcej, niż w stanie normalnym. (D. Gerhardt, W. Schlesinger i C. von Noorden). *S. W.*

31) Greiner E. (Wiedeń) **Przypadek nadliczbowych siekaczy.** (Zeitschrift für Stomatologie Nr. 12, roczn. XIX).

Opisany przypadek dotyczy trzech okresów rozwoju zębów nadliczbowych u jednego pacjenta. Mianowicie: u 5-letniego dziecka obserwowano następujące anomalje zębowe: na miejscu lewego dolnego siekacza znajduje się twór podwójny, który za pomocą brózdy biegnącej w części koronowej i korzeniowej dzieli ząb na dwie połowy. Cięcie poziome w okolicy koronowej wykazuje dwie komory miazgowe w okolicy korzenia zaś jeden wspólny kanał.

W górnej szczęce u tego samego pacjenta autor zaobserwował na miejscu lewego dużego siekacza twór podwójny, którego część koronowa jest zupełnie rozwinięta i rozdzielona na dwie odrębne części. Część dośrodkowa przypomina duży siekacz, część odśrodkowa — mały. W okolicy szyjki następuje zlanie się tych dwóch koron w jeden korzeń, który jest nadzwyczaj szeroki.

Po prawej stronie tejże szczęki znajduje się zupełnie normalnie rozwinięty nadliczbowy mały siekacz. Pozostałe zęby są zupełnie normalne.

Przeważna część autorów tłumaczy powstawanie zębów nadliczbowych nadliczbowemi zawiązkami, które następnie zlewają się z sąsiadami, lub też rozwijają się jako ząb samodzielny.

Rosenberg widzi w tem objaw wsteczny i przypuszcza, że człowiek na początku swego rozwoju posiadał pięć siekaczy.

Bolk dzieli zęby nadliczbowe zgodnie z ich powstawaniem na dwie grupy: 1) powstałe wskutek ponownego ukazania się utraconego elementu w okresie filogenetycznym (mesiodens); siekacze wówczas nigdy nie mogą uzyskać normalnej formy i nader rzadko stoją w normalnym rzędzie zębów, lecz najczęściej po stronie podniebiennej; 2) powstałe wskutek rozszczepienia stojącego w szeregu zębowym elementu; grupę tę cechuje forma zęba, którą tworzyć mogą kręglowaty ząb czopowaty, jak również każdy normalnie rozwinięty siekacz, dalej — zęby, stojące zupełnie normalnie w rzędzie zębowym, a więc nie przeszkadzające normalnemu zwarciu.

Zdaniem autora, różne hypotezy, dotyczące omawianych anomalji, ostatecznie sprawy nie wyświetlają; nastąpić to jednak może, gdy rozporządzać będziemy większą ilością przypadków, dotycz. embrjonalnego okresu rozwoju zębów nadliczbowych.

M. Midler.

32) H e i s t e r. **Oczy dentysty.** (La Semaine Dentaire Nr. 7 r. 1922).

Oko jest tak ważne dla dentysty, jak ucho dla lekarza. Dobry wzrok jest nieodzowny dla naszych zajęć praktycznych. Przeciążenie pracą, zakażenia zewnętrzne, a wreszcie różne wstrząsy i urazy wpływają szkodliwie na narząd wzroku. Wady refrakcji (niedomiarowość i nadmiarowość oka, astygmatyzm czyli nieregularna krzywizna rogówki lub soczewki, dalekowzroczność starcza) odgrywają tu również rolę. Wytężająca praca wywołuje naprężenie wzroku i trwałe bóle głowy, objawy, które mogą być usunięte zapomocą odpowiednio dostosowanych szkieł.

Światło sztuczne wywołuje często przekrwienie, zapalenie spojówki i powiek, a nawet śluzoropociek powiekowy. Niedostateczne oświetlenie może spowodować u krótkowidzów obostrzenie tego stanu wzroku a nawet uszkodzenie błon wewnętrznych oka, jak zapalenie naczyniówki lub odklejenie siatkówki, a więc sprawy patologiczne, wcale nie obojętne dla oka.

Przy zdejmowaniu kamienia nazębnego cząstki jego, zawierające różne drobnoustroje, a nawet kropelki ropy, dostawać się mogą do rogówki z mniejszą lub większą siłą i spowodować stany zapalne, jak: keratitis, conjunctivitis lub wrzody rogówki, dziurawiące i pełzające.

Przy wierceniu zębów spróchniałych przedostawać się mogą do oka operatora odłamki zakażone, lub też w innych przypadkach odrobinki: przy nacięciu ropnia lub przy leczeniu ropocieku zębodołowego, co jest połączone ze znacznem niebezpieczeństwem, zwłaszcza gdy pacjent dotknięty jest przymiotem (kiłą) lub gruźlicą. Wobec tego wskazane jest, by dentysta przed rozpoczęciem leczenia jamy ustnej dokładnie zbadał śluzówkę dziąseł i policzkowo-gardłową, zwłaszcza, czy ta wolna jest od zmian kiłowych, zaś migdałki od wrzodów wenerycznych, zapalenia błoniczego, mieszkowego, ropowicy i t. p. Należy być ostrożnym z dotykaniem oczu ręką przed jej dokładnem obmyciem. Wystrzegać się należy również kwasów i środków żrących,

używanych w zębolecznictwie, jako to: kreozotu, formolu, kwasu chromowego, trójkrezolu, chlorfenolu, arszeniku i t. d. Na szczęście, podobne uszkodzenia spotykają się rzadko.

Promienie Roentgena działają szkodliwie na wewnętrzne błony oka, na siatkówkę i nerw wzrokowy, powodując światłowstręt, a na zewnątrz zapalenie gruczołków powiekowych i powiek, śluzoropociek powiekowy, pryszczycę. Naturalnie, rozpoznanie i leczenie wyżej wspomnianych uszkodzeń należą do okulisty, lecz dobrze jest umieć sobie udzielić pierwszej pomocy. Nie należy trzeć palcami oka i pobliskich tkanek, lecz trzeba zastosować przemywanie i t. z kąpiele oczne, bardzo ciepłe, np. z chlorku sodu 14,0 na 1000,0 (14:1000), albo lekko antyseptyczny rozczyn, np. cyanek rtęciowy 0,10:500,0 — zewnętrznie. Przy urazach zewnętrznych stosujemy okłady wilgotne, ciepłe z dodatkiem chlorku sodu.

Celem uśmierzenia bólów wpuszcza się do odwróconych powiek kilka kropel rozczyn kokainy (1 : 100). Przy oparzelinach (środkami żrącemi, kwasami i t. d.) należy zastosować rozczyn węglanu sodowego (1 : 100), którym obmywa się całą dotkniętą powierzchnię.

Dr. E. Friedlender.
Drohobycz.

33) Müller Felix dr. (Berlin). **Wpływ palenia tytuniu na śluzówkę jamy ustnej i zęby.** (Praca dysertacyjna. Greifswald r. ub.).

Już podczas wprowadzenia tytuniu do Europy zwrócono uwagę, iż ten ma pewien wpływ na narządy jamy ustnej. Mniemanie to utrzymuje się dotychczas wśród lekarzy i laików. Co do fizjologiczno-chemicznego działania palenia tytuniu na normalną śluzówkę jamy ustnej, to autor dochodzi do wniosku, iż u osób zdrowych z nieuszkodzoną śluzówką jamy ustnej palenie szkodzić może wówczas, gdy niedobre gatunki tytuniu używane są w nadmiernej ilości. Zmiany patologiczne śluzówki mogą być różnego rodzaju. Badania autora ustaliły, iż dla śluzówki w stanie zapalnym palenie tytuniu może być szkodliwe w nader słabym stopniu. Z licznych opisów w literaturze lekarskiej wynika, iż łuszczyca jamy ustnej (leucoplakia buccalis) i rak powstawać mogą na tle długotrwałego palenia tytuniu, które to właśnie uważane być może jako przyczyna powstawania tych schorzeń. Mniemanie, jakoby tytuń posiada własności konserwujące zęby, nie może być uważane za rozstrzygnięte. Zatrucie nikotyną naskutek palenia, które jakoby nastąpić może podczas krwawych operacji w jamie ustnej, zdaniem autora, nastąpić nie może. Przytaczane spisy tego rodzaju przypadków, nawet o zajściu śmiertelnem, oparte są na błędach rozpoznawczych. *K.*

34) **Zgorzel dolnej wargi po durze plamistym.** Dr. Skubiszewski, prosektor szpitali wojskowych (D. O. G. Pomorze), w obszernej pracy p. t. „Przyczynek do anatomji patologicznej zgorzeli dolnej wargi w przebiegu tyfusu plamistego“ (Lekarz Wojskowy nr. 11 r. 1921) opisuje kilka ciekawych przypadków. Z pracy powyższej podajemy szczegóły, nas obchodzące.

Zgorzel wargi dolnej jako powikłanie w przebiegu duru wysypkowego należy do bardzo rzadkich przypadków. Występuje ona w okresie pogorączkowym, t. j. w okresie ozdrowienia, prawdopodobnie zależy od ciężkiego przebiegu choroby, a może i od innych powikłań, pozbawiających organizm odporności. Zmiany anatomo-patologiczne powstają w naczyniach krwionośnych i są tak znaczne, iż restitutio ad integrum nastąpić nie może. Na ogólną liczbę 4853 chorych na tyfus plamisty spotkano zaledwie 5 przyp. zgorzeli dolnej wargi.

I przyp. dotyczył 26 l. pacjenta. Typhus exanthematicus. Gangraena labii infer. Przebieg choroby ciężki. Z początku nastąpiło odrętwienie obwisłej dolnej wargi ciemno-sinego koloru; czerwień zczerniała, z ust nieprzyjemny odór. Zgon. Badanie pośmiertne: dolna warga koloru czarnego, z odcieniem zielonawym, wilgotna, na całej przestrzeni rozmiękła o tyle, iż łatwo może być przedziurawiona palcem. Linja demarkacyjna zaczyna się na dolnym brzegu żuchwy. Badanie histo-patologiczne stwierdziło, iż mięśnie d. wargi znajdują się w stanie rozpadu, skóra uległa zupełnej martwicy; znaczna ilość drobnoustrojów; tętnica wargi dolnej (art. lab. inf.) ma wygląd twardej grubej nitki; mięśnie śluzówki uległy zwyrodnieniu szklistemu; w błonie wewn. tętnicy: śródbłonki napęczniałe, powiększone, w niektórych miejscach uległy złuszczeniu, w innych zmartwiałe; światło tętnicy w niektórych miejscach puste, w innych wypełnione skrzepem, wypełn. naczynie całkowicie lub częściowo. Tętnica szczękowa zewnętrzna uległa zmianom tylko w błonie wewnętrznej i to nie całej przestrzeni.

II przyp. dotyczył 23 l. pacjenta tyfusowego. Utrudnione ruchy wargi. Kolor skóry d. wargi z początku ciemno-siny; śluzówka z czernawym odcieniem w kątach; warga następnie poczerniała na całej przestrzeni; czarny kolor przechodzi powoli w ciemno-siny na skórze podbródka. Zgon. Autopsia: dolna warga aż do żuchwy czarna; na przekroju uwarstwienie tkanek niewidoczne; spoistość tkanki miękka; śluzówka wargi i żuchwy czarna, pokryta ubytkami o niepr. wyglądzie; górna warga niezmieniona; znaczne zmiany w skórze podbródka, większe na granicy zgorzeli; wokoło tętniczek wylewy krwawe; dookoła tętnicy podbródkowej i tętnicy wargi dolnej widoczne obfite nacieczenia komórkowe.

III przyp. dotyczył 18 l. panny. Odrętwienie dolnej wargi; nieco obwisła, kolor jej siny; śluzówka poczerniała; z ust nieprzyjemny odór; śluzówka pokryta głębokiemi ubytkami; warga zupełnie poczerniała, zimna, miękka i wilgotna. Zgon. Badanie: warga i skóra szyi w stanie rozpadu; znaczna ilość drobnoustrojów; zwyrodnienie szkliste na szyi.

IV przyp.: 36 l. mężczyzna. Po mniej więcej 18 dniach choroby dolna warga posiniała, z lewej strony i na śluzówce czarne plamy różnej wielkości i o nieprawidłowym wyglądzie; śluzówka j. ustnej pokryta ubytkami. Zgon. Sepsis. Badanie pośmiertne: dolna warga aż do brzegu żuchwy czarna, wilgotna, na przekroju jednolita; uległa całkowitemu rozpadowi; błona wewnętrznej tętnicy podbródkowej i tętnicy wargi dolnej uległa martwicy na całej przestrzeni, w niektórych miejscach odłączyła się i uwypukliła do światła naczynia; w wielu miejscach powstały zaskrzepy.

V przyp.: 20 l. mężczyzna. Warga dolna z początku spuchła, na jej czerwieni i dziąsłach ubytki. Zgon. Na sekcji stwierdzono: śluzówka j. ustnej i języka na całej przestrzeni pokryta śluzem oraz nalotem szarej barwy, który łatwo się zdejmuje, w śluzówce, szczególnie na dziąsłach, ubytki o nieprawidłowym wyglądzie, brzegi ubytków strzępiaste, dno nierówne i pokryte nalotem koloru szarego; przednie zęby szczęki dolnej wypadły, pozostałe zaś dają się wyjąć bez najmniejszego wysiłku; dolna warga czarna, wilgotna, na niej głębokie ubytki; na przekroju budowa zupełnie zatarta, jej tkanki w stanie całkowitego rozpadu; górna warga obrzękła, gruba, sinawa; jej śluzówka pokryta drobnemi ubytkami; znaczne zmiany w tętnicy szczękowej zewnętrznej; drobne tętniczki górnej wargi uległy obumarciu nawet w błonie wewnętrznej.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) zgorzel dolnej wargi w przypadkach tyfusu plamistego nastąpiła wskutek następujących zmian anatomo-patologicznych w ścianach naczyń: martwicy błony wewnętrznej, szklistego zwyrodnienia błony środkowej oraz zaskrzepów w świetle naczyń;

2) w takich wypadkach restitutio ad integrum prawdopodobnie nastąpić nie może;

3) tkanka traci odporność, ulega martwicy, a na śluzówce powstają powierzchowne owrzodzenia (odleżyny);

4) owrzodzenia są prawdopodobnie wrotami dla zakażenia wtórnego. *K.*

35) **Zęby u noworodków.** Dwa tego rodzaju przypadki opisuje prof. A. Beretta (Bologna, La Stomatologia, t. XVIII, Z-che Rundsch. r. XXX z. 29).

Pierwszy przyp. dotyczył przedwczesnego noworodka płci męskiej (8 mies.); w trzecim tygodniu po urodzeniu zauważono przeszkodę w karmieniu, której przyczyną były 2 wyrznięte dolne siekacze środkowe; korzenie były ledwie rozwinięte, tak iż tkwiły bardzo luźno; długość korony wynosiła mn. w. 2,2—2,5 mm., co odpowiada rozwojowi tych zębów w siódmym miesiącu. Drobnowidzowo stwierdzono w miazdze obu ząbków zmiany w naczyniach, wynaczynienia i skrzepliny; zmiany te były w związku z przeszkodami w odżywianiu. Matka tego dziecka przyszła na świat również z wyrzniętemi ząbkami.

Drugi przypadek dotyczył przedwczesnego noworodka (7 mies.) płci żeńskiej, u którego wyrzneły się trzy dolne siekacze; tkwiły one również luźno i przeszkadzały ssaniu, zostały więc usunięte.

Autor powyższy zaznacza, iż rzadka ta anomalja zawsze dotyczy dolnych siekaczy i to bynajmniej nie t. z. zębów przedmlecznych, lecz mlecznych, bowiem po wyjęciu zostają zastąpione przez zęby stałe dopiero po pewnym czasie. Każde wyrznięcie się dolnego siekacza przed 4-ym miesiącem uważać należy za przedwczesne. Zjawisko powyższe stanowić może czy to czasową anomalję, zależną od nadmiaru siły żywotnej danego organizmu, lub też jest w związku ze zmianami patologicznemi w tkance zębowej. *K.*

Wskazówki praktyczne.

(Podług różnych źródeł).

39) **Płyn przeciwgnilny nieoksydujący.** Na 1 litr wody letniej rozpuszcza się 40 grm. boraksu; płyn się ostudza i filtruje przez płótno, dodaje 1 łyżkę stoł. formaliny norm. W płynie tym narzędzia, rękojeści i kątnice przechowywane być mogą bardzo długo, nie ulegając oksydacji. Przed użyciem należy narzędzia przepłukać (Le Semaine Dent., Z-che Rund. 49. 1921).

40) **Przepis na dentystyczną masę wyciskową Buchheistera.** Biały manilakopal 150.0—Dammarlack 150.0—Cerezyna 20.0—Stearyna 10.0—Bals. peruwiański 5.0—Siarczan baru (Bariumsulphat) 200.0. Żywicę należy sproszkować i stopić, dodaje się cerezynę i stearynę, następnie balsam peruwiański, a gdy cała masa jest mniej więcej stężała, dodaje sie siarczan baru. Do zabarwienia dodaje się nieco karminu, rozpuszczonego w amoniaku (Pharmaceutische Zeitung nr. 97 r. 1921; Z-che Rund. 51. 1921).

41) **W celu łatwego wyjęcia wycisków,** mocno przylegających do podniebienia, należy pacjentowi kazać kasłnąć; miękkie podnienienie unosi się przy tem, powietrze wchodzi między błonę śluzową i masę wyciskową i pozwala na łatwe wyjęcie wycisku. W dolnych szczękach należy wskazującemi palcami odgiąć policzki lub wargi na zewnątrz. Jak wiadomo, trudność wyjęcia wycisku zdarza się przeważnie przy bezzębiu dolnej lub górnej szczęki.

42) **Modele gipsowe można stwardniać** przez włożenie ich w gorący klej i trzymanie w nim tak długo, póki klej gipsu w całości nie przepoi. Gips robi się tak twardym, że można weń wbić gwóźdź bez obawy rozłupania.

43) **Wyciski gipsowe** winny być należycie mocne w tych miejscach, gdzie ma być zrobiona dostawka, inne zaś części mają dla nas mniejsza znacznie. Dla miejsc wpadniętych, dla strony wargowej całych szeregów zębów, głównie w szczęce dolnej, zaleca się wykładanie ich kawałkami waty. Należy przytem, rozumie się, zwracać uwagę, aby podczas wprowadzenia do ust łyżki z rozrobioną papką gipsową nie zsunąć kawałków waty. W celu uniknięcia przepchnięcia gipsu wzdłuż podniebienia, co często wywołuje wymioty, należy pokryć tylny brzeg łyżki wałkiem z waty, przylepionym woskiem do łyżki i starać się przycisnąć do podniebienia najpierw tylną część łyżki, następnie zaś przednią. Nadmiar gipsu musi tym sposobem skierować się w stronę wargi.

44) **Umocowanie koron i mostków za pomocą gutaperki.** Niezbędne czasami zdjęcie koron i mostków jest prawie niemożliwe, o ile są one umocowane na cemencie. Gutaperka może służyć do czasowego i trwałego umocowania, ponieważ mięknie przy ogrzewaniu. Trudne

jest jedynie otrzymanie jej w konsystencji podobnej do cementu. Próbowano używać gutaperki, rozpuszczonej w chloroformie, lecz taka nie odpowiada celowi, gdyż warstwa jej pomiędzy koroną a pieńkiem (kikutem) kurczy się zbytnio wskutek wyparowywania chloroformu. Do rozpuszczania gutaperki lepiej nadaje się chloroform i olejek eukaliptusowy pół-na-pół + nieco arystolu. Roztwór należy hermetycznie przechowywać w buteleczce o szerokiej szyjce. Konsystencja (gęstość) staje się równomierną dopiero po tygodniu; mieszaninę wstrząsa się od czasu do czasu, dopóki nie znikną bryłki i nie powstanie roztwór podobny do śmietany. Najlepiej nadaje się gutaperka płaska, różowa, drobno pokrajana. Bierze się nieco roztworu o gęstości śmietany i zagniata z tlenkiem cynku na ciasto (miękkie, jak masło). Napełnia się niem koronki lub pokrywy i nakłada mostek. Nadmiar kitu łatwo występuje na zewnątrz. *K.*

NOTATKI KLINICZNE.

Jeszcze w sprawie stosowania okładów wyskokowych przy sprawach zapalnych pochodzenia zębowego.

Uwagi moje w powyższej sprawie (zob. poprz. zesz. „Kroniki"), oparte na dłuższych obserwacjach klinicznych z dodatnim wynikiem, z któremi dla dobra sprawy podzieliłem się z kolegami, widocznie nie trafiły do przekonania czy to sceptykom, czy też niedostatecznie obeznanym z tą metodą terapeutyczną, opartą na nowoczesnych poglądach o miejscowych procesach zapalnych. Poglądy, wypowiedziane z pewnem uprzedzeniem nawet przez starszych kolegów, mogą wykazać swój wpływ na młodszą generację praktyków.

Wracając do omawanej sprawy, zaakcentować muszę tu, iż te nieliczne głosy, które gmatwają sprawę, nie zdołają bynajmniej obalić tego, co wiedza, oparta na dłuższych spostrzeżeniach i dociekaniach, osiągnąć zdołała.

Terapja procesów zapalnych miejscowych za pomocą okładów wyskokowych ma już swoją dosyć obszerną literaturę; przytoczenie jej tu z dziedziny ogólno-lekarskiej zbyt wiele zajęłoby miejsca, a wobec szczupłości organu zawodowego nie mogę na to sobie pozwolić. Uważam, iż dłuższa bezpodstawna dyskusja w tej sprawie wobec ogólnie znanego poglądu nie może mieć racji bytu, zaś nad urojonem „obumarciem", którego dotychczas nikt jakoś nie spostrzegał, należy przejść do porządku dziennego.

Doświadczenia Buchnera wykazały, że krew zawiera składniki asymilujące i dezasymilujące (budujące i rozkładające), przyczem pierwsze znajdują się tylko w ciałkach krwi, drugie zaś zarówno w ciałkach, jak i w surowicy. Te składniki rozkładające niszczą powoli tkankę organizowaną, a prócz tego zabijają też obce organizmy i komórki, jako to: czerwone ciałka krwi innych gatunków, bakterje i inne drobnoustroje.

Takie działanie krwi można z korzyścią wyzyskać w lecznictwie, sprowadzając silny przypływ krwi ku miejscom chorym. Od bardzo dawna korzystaliśmy i korzystamy z tego sposobu, choć nie zrozumieliśmy dotychczas znaczenia jego.

Do wywołania przekrwienia najlepszemi środkami są: gorące powietrze, bańki i wyskok. Szczególniej ten ostatni, 96%, użyty w postaci okładów (patrz № 5—6 „Kroniki"), wywołuje bardzo silne przekrwienie, któremu właśnie przypisać należy lecznicze działanie wyskoku, nie zaś dezynfekcyjnym jego własnościom.

Na zasadzie tych rozumowań i spostrzeżeń uważa Meyer (Therapeut. Monatsheft 1901 Nr. 1) za właściwe zastosować okłady wyskokowe w tych np. cierpieniach chórób jamy brzusznej, w których leczenie nasze wogóle jest ograniczone (peritonitis tuberculosa, appendicitis, typhlitis i inne ograniczone zapalenia otrzewnej).

Słowa swe ilustruje ten autor opisem wyleczenia bardzo groźnego przypadku gruźliczego zapalenie otrzewnej: 9-l., wątła, blada, źle rozwinięta dziewczynka, z matki szczupłej i nędznej, zachorowała na bóle brzucha, zaparcie stolca, brak łaknienia, wymioty i osłabienie ogólne. Zalecone środki: środek czyszczący, a potem kataplazmy i przetwory makowcowe, nic nie pomogły. Bóle brzucha były straszne, serce słabło, zjawił się kaszel i duszność, chora nie pozwalała się dotknąć powłok brzusznych; rozpoznano: peritonitis tuberculosa. Widząc nieskuteczność zalecanych środków, zdecydował się autor trzeciego dnia leczenia na okłady 96% wyskoku. Stosował je przez całe dnie i noce; chora znosiła je chętnie, a nawet domagała się ich, koiły bowiem bóle. Leczenie to trwało 14 dni, podczas których różne występowały objawy: to łagodniejsze, to pomyślniejsze, to znowu groźniejsze. Po dwu tygodniach zauważono zaczerwienienie dookoła pępka, uwypuklenie się tegoż i chełbotanie pod nim, a w tydzień później otworzył się pępek i wylało się zeń pół litra gęstej ropy. Łaknienie poprawiło się; po 6 tygodniach chora opuściła łóżko. W następstwie miewała jeszcze napady boleści brzucha, które matka usuwała zawsze za pomocą okładów wyskokowych.

W przypadkach niemożności operowania Meyer proponuje właśnie stosowanie okładów wyskokowych, których ważne zalety stanowią: nieszkodliwość, czystość i łatwość w stosowaniu, niebolesność i stosunkowa taniość.

Omawiany sposób stosowania okładów wyskokowych prof. Kolbasenko również uważa za nader cenny (zob. Therapeut. Monatsh 1903 r. Nr. 12). Autor ten zachęca do stosowania alkoholu 60%—95% w postaci okładów przy wszelkich stopniach stanu zapalnego, zwłaszcza tam, gdzie operacja nie jest dopuszczalna.

Sam autor na sobie doświadczył dobry skutek, nabawiając się zakażenia miejscowego; stosował okłady wyskokowe, które doprowadziły do zupełnego wyzdrowienia. Jego zdaniem, wyskok działa nietylko kojąco, lecz przy wczesnem zastosowaniu hamuje stan zapalny, nie dopuszczając do wytwarzania się ropy. Z tego względu wśród całego szeregu spraw zapalnych (carbunculus, paraproctitis, septicaemia) wyskok daje doskonałe wyniki przy ropowicach (phlegmone).

Wspomniany autor zaznacza, iż nikogo nie powinien zrażać drażniące działanie naskórka lub śluzówki, jakie niekiedy zauważyć się daje; lekkich zmian unikać można, smarując skórę tłuszczem lub maścią kseroformową.

Bynajmniej już nowością nie jest rozpowszechnione od dosyć dawna stosowanie kompresów wyskokowych na szpitalnych klinikach terapeutycznych i chirurgicznych przy różnych sprawach zapalnych; dobre wyniki tej metody są już aż nadto dobrze znane; metoda ta nie ustępuje bynajmniej metodzie stosowania okładów Burowa. I w naszej praktyce dentystycznej przy traktowaniu spraw, o których wzmiankowałem w swoim artykule, okłady wyskokowe zyskały prawo obywalelstwa.

Powołuję się chociażby na kol. Krakowskiego, który, jak mi zakomunikował, stosuje okłady wyskokowo-kamforowe od dosyć dawna z dobrym skutkiem. Nadają się one szczególnie w początkowym okresie zapalenia okostnej, działają znacznie lepiej, aniżeli okłady z płynu Burowa; ból, nieraz bardzo silny, szybko ustaje; drażnienie naskórka nie zauważył (przy nieco dłuższem użyciu się łuszczy); dodatek kamfory mniejwięcej w stosunku 1% — 2% sprzyja działaniu wyskoku, potęgując kojące własności tegoż.

A. J. Grohn.

Odgłosy.

I.

Sprawy materjalne lekarzy - dentystów.

(Referat wygłoszony w dn. 20 marca 1923 na zebraniu Oddz. Łódzkiego Związku lek.-dent. w P. Polskiem).

Dla wszystkich ludzi pracy, niezależnie od zawodu, hasłem dnia stała się akcja ekonomiczna, mająca na celu wywalczenie powiększonych zarobków i dostosowanie ich do rozpaczliwego stanu waluty. Hasło powyższe również dla nas jest aktualne, gdyż ogół kolegów pod względem materjalnym ma się znacznie gorzej. niż dawniej. Zarabiając przed wojną 1000 rb. i więcej miesięcznie, w stosunku do obecnej waluty winniśmy osiągać przynajmniej 15 — 20 miljonów mk. W rzeczywistości jednak koledzy z największą praktyką mogą marzyć o takich zarobkach, młodzi zaś koledzy muszą wytężać całą swoją energję, aby choć w części podołać obowiązkom codziennym, a dla niektórych kolegów „walka o byt“ stanęła w całej grozie. Systematyczny spadek wartości waluty warunkuje cały szereg ujemnych zjawisk, które w większym lub mniejszym stopniu ujawniają się w życiu codziennem. Żadna doktryna ekonomiczna nie przewidziała zawrotnych wstrząśnień, jakich jesteśmy obecnie świadkami. Dziś uchodzi niemal za niezłomną regułę w handlu, że 100 mk. stanowi wartość dawniejszej $^1/_2$ kop., 1000 mk. = 5 kop. i t. d. W ponurych

barwach przedstawia się nędza pracującej inteligencji, która cierpi coraz więcej, będąc pozbawiona niezbędnych środków do normalnego życia. Inteligencja pracująca, rządząc się pewnemi regułami etycznemi, niewspółmiernemi z prawami konkurencji rynkowej, nie może się przystosować do warunków obecnego stanu rzeczy. Żyjemy w okresie, gdy wszechwładnie zapanowała żądza wzbogacenia się za wszelką cenę i bez względu na drogę, ku temu wiodącą. Widzimy spekulacyjny charakter obrotów handlowych; we wszystkich dziedzinach naszego życia gospodarczego paskarstwo, lichwa i spekulacja są zjawiskiem powszechnym. Na tem miejscu muszę podkreślić, że jedynie lekarze-dentyści, trzymając wysoko sztandar korporacyjny, w tej orgji nie wyzyskali swego zawodu. Przez ręce nasze przechodziły góry złota: złote usta wszystkich paskarzy i różnego rodzaju „nouveau riche'ów", tych nowych, na pasku wzbogaconych potentatów. W naszem gronie nie mamy świeżo upieczonych kamieniczników, ani posiadaczy majątków ziemskich. Jako ludzie uczciwej pracy, mamy czyste ręce i sumienie, pozatem nic. Dla wielu z pośród nas kilkutygodniowy odpoczynek na świeżem powietrzu jest jeszcze niedoścignionem marzeniem.

Czem jednakże tłumaczy się obecny stan rzeczy? Czyż istotnie posiadamy już nadprodukcję lek.-dentystów? Przeciwnie. Brak gabinetów dentystycznych, głód mieszkaniowy, wysokie ceny urządzenia gabinetowego, pozbawiły nas prawie konkurentów. Zdawałoby się, że przy tak pomyślnej konjukturze ogół lek.-dentystów powinien opływać w dobrobycie. W rzeczywistości jednak kwestja inaczej się przedstawia.

Za parę butów szewc pobiera tyle, co dentysta za leczenie i plombowanie całego szeregu zgangrenowanych zębów; krawiec za uszycie ubrania tyle, ile wynosi cena złotego mostku. Dość spojrzeć na ceny różnych towarów w oknach wystawowych, aby się przekonać, że za swoją pracę w obecnych czasach najmniej wymagalnym jest dentysta.

Z wolnych zawodów zawód dentystyczny jest jednym z najcięższych, gdyż w grę tutaj wchodzi nie tylko praca rąk, lecz po czasie intensywnej pracy następuje przepracowanie poszczególnych organów ciała, co ujemnie wpływa na ogólny stan zdrowia. Każdy dentysta po wielu latach praktyki mógł skonstatować osłabienie wzroku. Tłumaczy się to ciągłym forsowaniem wzroku przy naszej drobiazgowej robocie w jednym kierunku.

Zdaniem specjalistów, choroby oczu polegają na obniżonej wrażliwości tęczówki prawego oka oraz osłabionej bystrości widzenia na zezie wewnętrznym tegoż. Ciągła praca w pozycji stojącej przy ciągłem zginaniu karku i kręgosługa, wieczne obcowanie z pacjentami nerwowymi, czy też kapryśnymi, pośpiech w przyjmowaniu jednego pacjenta za drugim, ciągłe panowanie nad sobą, aby nie wybuchnąć gniewem i zapewnić niecierpliwym pacjentom łagodne obejście, wszystko to razem wzięte wpływa nader ujemnie na nasz system nerwowy.

Zaliczam się do jednego z tych, którzy w ciągu 30 lat pracy byli motorami do poruszania koła wiertarki. Pracowałem nieraz ponad siły,

nie kierując się absolutnie żądzą zbytnich zysków, lecz jedynie pewnemi regułami etycznemi, jakie lekarzy-dentystów obowiązywać winny: nieść pomoc wszystkim, będącym w potrzebie. Niestety, praca nasza często ulega wyzyskowi, czasem nawet w sposób haniebny. Tak było dawniej, tak też i dziś się powtarza. Główny kontyngens naszych pacjentów rekrutuje się z rodzin sfer handlowo-przemysłowych. W dzisiejszych czasach żaden kupiec nie kieruje się wobec swoich wierzycieli żadnemi skrupułami, ani sentymentami. Żaden kupiec nie wyda towaru bez natychmiastowego pokrycia należności. Żaden znów klijent, będąc przy zdrowych zmysłach, nie ośmieli się żądać towaru na kredyt. W stosunku do nas dziś jeszcze liczne grono pacjentów, nie licząc się z obecną konjunkturą i ciężką sytuacją, wytworzoną dewaluacją polskiej marki, prowadzi otwarte conto rachunkowe. Jeśli nawet w najlepszym razie po pewnym czasie pacjenci regulują długi, to wszakże tracimy na różnicy kursu. Ceny za towary zmieniają się z zawrotną szybkością, przeto zwrot dawniejszej sumy należności daje nam znikomą wartość nabywczą.

Bolesna troska o jutro, brzemię szalejącej drożyzny, szarpanie się wśród tysięcy i setek tysięcy cyfr zmusza nas nie pozostawać nadal biernym widzem tego wszystkiego, co wokół nas się dzieje, lecz wystąpić na arenę publiczną, jako jednolita korporacja. Celem naszego Zw. zaw. jest zjednoczenie przedstawicieli zawodu dentystycznego dla wspólnej pracy i obrony spraw zawodowych. W myśl II art. statutu związkowi naszemu przysługuje prawo opracowania normy płacy za zabiegi dentystyczne. Istnienie powyższego prawa w obecnych czasach jest wielkim aktem w naszych rękach.

Szerokim warstwom społeczeństwa rachunki dentystów wydają się zbyt wygórowanemi. To też, gdy w miarę wzrostu drożyzny trzeba podnosić honorarjum za pracę, praktyka często znacznie się zmniejsza. Liczni pacjenci wędrują do tych, którzy pracują w myśl zasady „aby handel szedł“ i żyją dawniejszemi kategorjami pojęć. Czas najwyższy takiemu stanowi rzeczy położyć kres. Praca nasza, wyczerpująca nasze siły i zdrowie, winna nam dać prawo do egzystencji, pozbawionej troski o jutro. Siła nasza tkwi w solidarności. Pamiętać musimy jednąk, że znaczne polepszenie naszego bytu osiągniemy w najbliższym już czasie, jeżeli konsekwentnie będziemy dążyć do celu i jasno sobie wytkniemy plan działania.

Komisja badania kosztów utrzymania ustaliła np., że wzrost drożyzny w styczniu b. r. wynosiła 55,14% w Łodzi, 52,7% w Warszawie. Prasa codzienna jednakże słusznie zaznacza, iż drożyzna faktyczna nie chce iść tym żółwim krokiem, jakim nakazuje jej kroczyć komisja badania cen. W rzeczywistości wzrost jest daleko wyższy. Szalony skok drożyzny wyprzedził o wiele skalę zarobków pracującej inteligencji. Fala drożyzny strąciła olbrzymie te rzesze na dno apatji i bezradności. Niedawno Zw. zaw. techników dentyst. proklamował strejk i po pertraktacjach z delegatami naszego Związku uzyskał zadośćuczynienie swoich żądań. Dotychczas nie wiedzieliśmy, czy zaliczamy się do małouposażonych pracowników intelektualnych, czy też do innych sfer

społeczeństwa. Technicy dent. kwestję tę rozwiązali w mgnieniu oka, traktując nas jako „burżujów".

Cóż więc mamy uczynić, by nabrać tłuszczu, jak prawdziwi „burżuje", miast chudnąć?

Zarząd Oddz. Łódzkiego Zw. zaw. lek. dent. w dużej mierze może się przyczynić dla dobra swych członków, ustalając miesięczne cenniki zabiegów dentystycznych, regulujących honorarja, stosownie do wzrostu cen produktów pierwszej potrzeby i materjałów dentystycznych. Sam jednak fakt ustalenia cennika, mojem zdaniem, nie posunie naszych spraw materjalnych szybkim krokiem naprzód. Aby w tym kierunku osiągnąć pożądane wyniki, musi to stać się tajemnicą publiczną, t. j. winniśmy drogą prasy powiadomić o powyższym najszersze warstwy społeczeństwa.

W Oddz. Łódzkim Zw. zaw. lek. dent. zorganizowani są prawie wszyscy, praktykujący w m. Łodzi lekarze-dentyści. Stojąc na gruncie spraw zawodowych, Związek zaw. wyłącza wszystkie sprawy, nic wspólnego z naszem bezpośredniem zadaniem nie mające. Hasłem: „wszyscy dla jednego, jeden — dla wszystkich", solidarnością i wytrwałością musimy bronić naszych spraw i, dążąc planowo do wytkniętego celu, osiągniemy lepsze jutro.

Łódź. *R. Litwin.*

II.

Ewolucja czy rewolucja... etyczna.

Nie po raz pierwszy lekarz tutejszy, zajmujący się dentystyką, p. A. Gruszczyński, występuje w roli „obrońcy" pokrzywdzonych.

Pamiętamy dobrze, jak głośnem echem odbiło się wystąpienie p. G. na łamach niewychodzącego już „Kwartalnika Stomatologicznego" (Nr. 1 r. 1912) w sprawie obrony tutejszych t. zw. stomatologów, którzy przyczynili się swego czasu do niedopuszczenia dentystów i lekarzy-dentystów b. zaboru rosyjskiego do uczestnictwa w XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wyśpiewując hymny pochwalne na swoją cześć, jednocześnie oblał on wprost pomyjami lekarzy-dentystów, zwłaszcza tych młodszych, których jakoby sam nauczał. Pamiętna jest owa bujna fantazja, obrońcy „o wyjałowionym instrumencie przez gotowanie w rozczynie sody, który wyciera się pierwszą lepszą ścierką"! (zob. „Kwartalnik Stomatol." Nr. 1 r. 1912 str. 64). Ośmieszył on dostatecznie owych „nauczycieli", których „metody" dawały tak „doskonałe" wyniki. Wszak odpowiada to w zupełności przysłowiu: „Jaki pan, taki kram".

Pamiętny jest również drugi fakt „obronny" p. Gruszczyńskiego, kiedy to w dniu 25 kwietnia 1919 r. na zebraniu Komisji reformy studjów dentystycznych w obecności przedstawicieli dentystyki wszystkich zaborów wypowiedział słowa obelżywe i krzywdzące ogół praktyków i słuchaczy szkół dentystycznych. Nic dziwnego, iż wobec uogólnienia przez p. Gr. faktów nastąpiły protesty zrzeszeń denty-

stycznych, które potępiły słusznie wysoce nieetyczne zachowanie się „obrońcy“ (zob. protesty: T-wa lekarzy-dentystów w Warszawie z dnia 18 maja 1919 r. podpis. przez kol. Przybylskiego i Zakrzewskiego, T-wa Odontologicznego z dnia 13 maja 1919 r. podpis. przez kol. Goldberga i Karnibada, młodzieży studenckiej, która również zaprotestowała, uważając, iż wystąpienie p. Gruszczyńskiego i wyrzeczone przez niego słowa mogą pochodzić od człowieka nieetycznego, albo conajmniej człowieka złej woli; zob. protest z dnia 18 maja 1919 r.).

Nikt nie zaprzeczy, iż w gronie osób, których p. Gr. starał się obronić w sposób, nie licujący z etyką, znajdują się jednostki, które co do spraw zawodowych i dentystyki polskiej zajmują godne stanowisko, nie kierują się zbytnią zarozumiałością, nie imponują nikomu swoją wiedzą, nie dążą do niczem nieuzasadnionego separatyzmu i nie dbają jedynie o powiększenie swojej fortuny przez eksploatowanie pracy tych, których przy sposobności obrzuca się w ordynarny sposób błotem.

Czasy są zmienne, ludzie są zmienni, pojęcia o etyce są niekiedy nie tylko podwójne, lecz różnorodne, zależnie od okoliczności, gdy np. dla celów osobistych niektórzy rzucają się w objęcia „zadżumionych konkurentów“.

Przywdziawszy togę Katona, p. Gruszcz. stara się w nie tak dawno zwalczanem przez siebie gronie występować w roli rzecznika w sprawie, w której nie chce się orjentować, zamykając umyślnie oczy tam, gdzie mu to z pewnych względów dogadza, nie wtajemniczywszy się w istotę sprawy.

Występowałem ani jako członek zarządu, ani też komisji etyczno-zawodowej Związku zaw. lek.-dent., uważałem natomiast, iż każdy obywatel winien bezwzględnie szanować prawo obowiązujące, bardziej jeszcze dotyczy to urzędnika państwowego, który wszak winien świecić przykładem.

Stojąc przed obliczem Sądu Sprawiedliwego, nie tylko urzędnik, lecz każdy zwykły śmiertelnik winien przedewszystkiem ujawnić nagą prawdę, bez uciekania się do wykrętów, niejasności, bez wszelkich przechwałek, by właśnie wyrok Sądu był sprawiedliwy.

Nikomu nie wolno zeznawać pod przysięgą, iż ukończył gimnazjum i był na drugim kursie medycyny, nie posiadając patentu z ukończenia gimnazjum i nie będąc na drugim kursie medycyny, również zeznawać, iż szyldu wcale nie posiada, mając takowe i to niewłaściwe w bramie i na drzwiach.

„Kolega(!?) człowiek prawy“, mimo sprawy sądowej, widocznie ze względu na „subtelne poczucie sprawiedliwości“ nie reagował na uczynione mu zarzuty; a wszak nie przystoi to chociażby dla przykładu z punktu widzenia formalno-prawnego referentowi, który stać winien na straży wykonywania praw obowiązujących i dążyć do uregulowania spraw zawodowych drogą prawną!

Ordynarne szykany kolegów przez referenta, który sam niezgodnie postępuje według prawa, nie mogą być uważane za zbyt etyczne, może to tylko odpowiadać pojęciom p. Gr., który zależnie od okolicz-

ności i chwilowej sympatji do danej sprawy lub grona osób podejmuje się roli obrońcy.

Nie szło mi bynajmniej o różnicę tytułów i kwalifikacji, które p. Gr. dawniej wszędzie akcentował, nazywając dentystów „analfabetami“ (zob. tamże), a w którem gronie obecnie rej wodzi; jak niejednokrotnie to zaznaczyłem, jedynie miałem na względzie wytknięcie niewłaściwe postępowanie referenta w stosunku do innych.

Zapewniam p. Gr., iż i ja znam wielu dentystów, „którzy intelektem swoim, wiedzą teoretyczną swojej specjalności i wyrobieniem praktycznem“ przewyższają niejednego z naszych rzekomych stomatologów, wśród których są sprytni przemysłowcy, tworzący ze swoich „gabinetów dentystycznych“ nie fabryczki, lecz fabryki, w których dentystyka uprawiana jest hurtowo, a wiadomo dokąd takie hurtownie, składające się niekiedy aż z 7 gabinetów, prowadzą: nie do solidnej pracy, lecz do partactwa w mniejszej lub większej formie.

„Kocioł przygania garnkowi, a sam smoli“.

Wszak osoby zainteresowane, do których należy p. Gruszczyński, wystąpiły przed mojem wystąpieniem w takiejże sprawie do Ministra Zdr. Publ., a mianowicie o nieprawne posiłkowanie się stopniem doktora nie w oficjalnych wydawnictwach, a każdy z nas uznaje to za zupełnie słuszne. Uważam wystąpienie p. Gr. w tej sprawie za zupełnie wystarczające, moje więc byłoby już zbyteczne i spóźnione; zresztą trzeba mieć ogólną odwagę działać otwarcie, krecich dróg nie uznaję, wystąpienia swego nie ukrywałem.

Uważam, iż tak wrażliwy na podwójną etykę p. Gr. winien byłby przedewszystkiem wszczepić etykę chociażby pojedynczą sobie i niektórym swoim sympatykom, członkom grupy zrzeszenia, do którego sam należy, by jako polacy, udający gorących patrjotów, nie unikali języka ojczystego, imając się cudzoziemszczyzny, zupełnie u nas zbytecznej, celem omamiania nieświadomych.

A wszak o interwencji jawnej w tej sprawie przez p. Gr. nigdzie dotąd nie czytaliśmy.

Aby wątpić o czyjej etyce, należy przedewszystkiem stać na jej wyżynach, wszędzie, zawsze, we wszystkich okolicznościach bez względu na powiew, skądby nie pochodził.

Czeskie przysłowie mówi: „Ulica czystą będzie, gdy każdy przed swym domem na czystość się zdobęddzie“.

Morał jest jasny...

Stefan Barylski.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Niesłuszne narzekania przedstawicieli wyższych władz naukowych.** W rozmowie z niektóremi przedstawicielami wyższych władz naukowych niejednokrotnie słyszeliśmy, iż poważną przeszkodą w reorganizowaniu studjów dentystycznych u nas jest brak sił naukowych: profesorów, docentów i asystentów, którzy mogliby zająć odnośne sta-

nowiska. Brak ten również utrudnia uruchomienie instytutów dentystycznych w innych uniwersyteckich środowiskach Polski.

Czy tak jest istotnie? Należało bezsprzecznie się zgodzić ze zjawiskiem, które miało miejsce niemal we wszystkich b. zaborach. Rząd carski u nas, w b. Kongresówce, jak wiadomo, ze względów wyłącznie politycznych nie popierał rodzimej nauki polskiej — żadnej dziedziny! Nie będziemy tu daleko wkraczali w dziedzinę chociażby medycyny. Kierownikami studjów lekarskich byli wyłącznie nasłani do nas rosjanie, którzy korzystali z różnych przywilejów, związanych ze swem stanowiskiem. Polska wszechnica miała więc aż nadto importowanego towaru w postaci podrzędnej (po części) wartości profesorów, docentów, adjunktów, lektorów i t. d. Co więcej, rząd b. nawet ułatwiał podrzędniejszym jeszcze nieraz lekarzom importowanym uzyskanie docentur, by w tempie przyśpieszonem ułatwić im drogę do poszczególnych katedr, bowiem dodatnią cechą tych potentatów przeważnie była doskonała znajomość języka rosyjskiego. To było wystarczające. Polaków-profesorów i docentów mieliśmy w dawce homeopatycznej, aczkolwiek medycyna polska liczyła i liczy sporo powag naukowowych o wszechświatowej sławie.

W b. Zaborze Austrjackim omawiana sprawa stała lepiej, w b. Zaborze Pruskim miała zupełnie inny charakter; polacy w tym b. Zaborze odbywali studja lekarskie na uniwersytetach niemieckich wobec braku polskiej wszechnicy.

W znacznie gorszych warunkach znajdowały się u nas studja dentystyczne. W b. uczelniach dentystycznych władze carskie również nie popierały sił polskich z wyżej wzmiankowanych powodów. Takie siły swojskie, jak: dr. Bronisław Sawicki (zębolecznictwo zachowawcze), ś. p. dr. Dzierżawski (tożsamo), dr. Pasławski (chirurgja ogólna i szczegółowa), ś. p. dr. Jan Prószyński (djagnostyka i terapja wewn.), dr. Bronowski, prof. Nawrocki (fizjologja), dr. Kuczyński (histologja), prof. Sosnowski i in. tolerowani byli jako „zło konieczne" i byli, jak wiadomo, niemile widziani już dlatego, iż wykłady ich odbywały się łamanym językiem urzędowym.

Na stanowiska asystentów nie zatwierdzano chętnie polaków z tychże powodów wobec przewagi w b. uczelniach dentystycznych elementu nieswojskiego. Pomimo więc, iż wśród polaków, kończących owe zakłady, mieliśmy jednostki b. zdolne, nie mogły one jednak rozwinąć swej działalności w dziedzi dentystyki naukowej. Stąd ów zastój, który odczuwamy obecnie.

Nie mówimy o tych nielicznych jednostkach, które, posiadając wszelkie dane, unikały pracy w dziedzinie dentystyki naukowej, poświęciwszy się całkowicie praktyce.

B. Zabór Austrjacki (Małopolska), jak wiadomo, był w daleko szczęśliwszych warunkach.

Wydziały lekarskie wszechnic małopolskich były w przeważającej sile ogniskiem studjów lekarskich; wśród b. wychowańców tych widzimy powagi, które obecnie w Odrodzonem Państwie niemałą odgrywają rolę i wśród których widzimy jednostki stosunkowo młode, zdolne, energiczne, oddane swemu zawodowi, doskonale pojmujące

swoje powołanie, jako wychowawcy młodej generacji medyków. Poważniejsze lekarskie sfery profesorskie, wśród których widzimy, że tak powiemy filary polskiej medycyny, zupełnie bezstronnie popierają właśnie młode siły, mając bezsprzecznie na względzie dobro medycyny polskiej.

Nikt chyba, prócz ludzi stronnych, nam nie zaprzeczy, iż wśród stosunkowo młodszej generacji przedstawicieli zawodu lekarskiego, poświęcających się dentystyce, mamy jednostki zdolne, wykształcone w tej dziedzinie, znane już na polu naukowem, podtrzymujące naukowe piśmiennictwo dentystyczne i wiele dla tegoż pracujące; są to jednostki całkowicie oddane swej specjalności, które w dziedzinie studjów specjalnych nader ważną odegrać mogą rolę—bez wszelkiego patosu i chaosu, bez wysuwania swojej osoby naprzód zawsze i wszędzie, gdzie tylko się da. Poważni ci pracownicy, obejmujący dentystykę w całej rozciągłości, bezwzględnie w dziedzinie studjum dentystycznego mogłyby odegrać poważną rolę. Wbrew panującym porządkom w dziedzinie medycyny ogólnej, gdzie, jak zaznaczono, młode siły są bezstronnie popierane przez poważne sfery miarodajne, w naszej dziedzinie niewiadomo dlaczego trzymane są zdala od „ołtarza", nieraz całkowicie znajdującego się w rękach nielicznych, na szczęście monopolistów.

Na dziwny ten objaw zwraca uwagę ogół przedstawicieli naszego zawodu, również sfery lekarskie.

Należałoby sferom bezstronnym wejrzeć w tę sprawę i nieco pohamować stronniczość tych monopolistów, którzy w wiadomym tylko dla siebie celu trzymają istotnie zdolne, wykształcone w dziedzinie swej specjalności, od nich „zależne" jednostki zdala od placówek, na których bezwzględnie wykazać mogłyby swoją pożyteczną działalność dla dobra nauki i uczącej się młodzieży.

Odradzające się Państwo Polskie potrzebuje zwłaszcza obecnie na różnych placówkach państwowych i społecznych ludzi chętnych do pracy, dążących do podniesienia poziomu nauki polskiej w najrozmaitszych dziedzinach. Nie wolno więc nikomu, ani czynnikom miarodajnym, ani decydującym przedstawicielom świata naukowego, będącym nieraz pod wpływem pewnych jednostek, tym młodym adeptom zamykać drzwi do świątyni nauki.

Wszak wiadomo, iż niekiedy jednostki, które przypadkowo bardzo wcześnie dotarły do poważnych placówek naukowo-kierowniczych, tylko ze względów bezsprzecznie egoistycznych, a być może chorujących na niewinną pozornie megalomanję, usilnie starają się wszędzie swój wpływ w tej lub owej postaci wywierać. Cierpi na tem stanowczo dobro ważnych spraw państwowych i społecznych.

Dentystyka polska zwłaszcza wymaga: popierania na różnych placówkach pracy ludzi wiedzy, dążących do podniesienia poziomu tej specjalności, i usilnego hamowania monopolizowania wszelkiego kierownictwa przez pewne jednostki. Ogół nasz doskonale orjentuje się w sytuacji.

Nie jednemu z nas dziwnym się wydaje brak przy wszechnicach polskich docentów dentystyki. Tylko umyślnie ślepi nie widzą tych

jednostek naukowych, które bezwzględnie stanowiska te dla dobra sprawy objąć mogłyby i winny! Nie trudno się orjentować w ich dotychczasowej działalności naukowej, czy to w dziedzinie praktycznej, czy też naukowej. Wzbogaciły one polskie ubogie piśmiennictwo poważnemi pracami z różnych dziedzin naszej specjalności. W pracach ich uwydatnia się specjalna wiedza, umiejętne ujęcie tematu, unikanie wszelkiego balastu i chaotycznego zestawienia materjału.

Prace tych stosunkowo młodych sił chętnie czytywane są przez ogół specjalistów i należycie oceniane. Ten sam ogół pragnąłby znane nam dobrze jednostki, zasługujące na wyróżnienie i bez rozgłosu pracujące dla dobra ojczystej dentystyki, widzieć na placówkach, na których mogłyby należycie rozwinąć swą działalność.

Trzeba przyznać, iż Lwów w gronie przedstawicieli zawodu dentystycznego posiada zasługujące właśnie na wyróżnienie jednostki, które dostatecznie dały się już poznać w naszem piśmiennictwie naukowem. Nazwiska tych są nam znane. Drzy: Allerhand Henryk, Gorczyńczyński Henryk, Szafran Włodzimierz bezsprzecznie mogliby mieć udostępnioną i ułatwioną drogę do objęcia placówek naukowych, na których szerzej rozwinęliby swoją działalność. Nie byłoby to rzeczą przypadku, lecz zupełnie zasłużona ocena pracy osób, dążących do podniesienia poziomu naszej dentystyki i nie kierujących się bezsprzecznie względami natury materjalnej, ani też żadną chęcią przywodzenia w gronie dla siebie tylko podatnem. Gdy przyjrzymy się działalności wyższych uczelni w innych krajach, nie trudno się przekonać, iż młodszym siłom naukowym, chętnym i solidnym pracownikom, zawsze uprzystępnione jest objęcie różnych placówek naukowych w tej lub innej dziedzinie, są one nawet skrzętnie poszukiwane dla objęcia katedr, nawet bez uprzedniej docentury. Zjawisko to obserwować można zwłaszcza w dziedzinie naszej specjalności, która w ostatnich czasach czyni tak poważne kroki naprzód.

Czynniki miarodajne, traktujące sprawę bezstronnie i mające na względzie jedynie jej dobro, same wysuwają zdolniejsze jednostki na czoło, nie przeszkadzając im, przeciwnie—ułatwiając jedynie dla dobra spraw. W tych warunkach widzimy rozwój naukowy a wraz z nim i praktyczny naszej specjalności. Niestety, dzieje się nie u nas. A wiadomo, iż zjawisko takie w swej konsekwencji zachęca do pracy coraz szersze grono młodych pracowników, miłujących swoją specjalność.

Polskie sfery naukowo-wpływowe winny przezwyciężyć napotykane trudności, sztucznie nieraz tworzone, i ułatwić pracę naukową tym, którzy jej pragną, do niej dążą. Nasza dziedzina specjalna liczy, jak wiadomo, sporo działów, które należałoby rozwinąć, co odbywać się wszak może racjonalnie na wyższych placówkach naukowych. Z tego względu należałoby, jak to, niestety, ma miejsce, unikać wszelkiego skupienia różnych działów w jednych rękach. Skutki tej „chciwej" dążności widzimy. Dotychczas niema w języku polskim podręcznika dentystycznego, pomimo, iż katedry oddawna na wszechnicach polskich mamy.

I dziwić się powyższemu zjawisku nie możemy. Działy naszej specjalności są tak różnorodne, iż szczegółowe opracowanie tychże dla jednostki jest wprost niemożliwe.

Wiemy, iż nasi potentaci „praktyczni“ nie są zbyt pohopni do poświęcania się tej sprawie. Wszak ze śmiercią d-ra Dzierżawskiego, twórcy polskiego naukowego piśmiennictwa dentystycznego, przestał nawet oddychać projekt utworzenia wspólnemi siłami zbiorowego podręcznika chorób zębów i jamy ustnej.

A działo się to przed 18 blisko laty!

Przez utworzenie katedr i docentur z dziedziny dentystyki i uprzystępnianie ich osobom zasługującym—a wszak wbrew twierdzeniom osób tylko osobiście zainteresowanych w Polsce mamy—nasze wyższe sfery kierowniczo-naukowe przyczynią się do zapełnienia wszelkich luk, tak ujemnie odbijających się na studjach dentystycznych w kraju!

Sprawa ta, stojąca niewiadomo dlaczego latami odłogiem, bynajmniej nie jest błaha!! Wszak „Jedna jaskółka wiosny nie zwiastuje“, gdyby była nawet najwrzaskliwszą i czyniła najniebezpieczniejsze salta-mortalia. A o upragnionej rzeczywistej wiośnie tak wciąż marzymy, i, niestety, tylko... marzymy.

Należy uczynić poważny wyłom w tym chińskim murze, o ile nie chcemy nadal dreptać na miejscu.

Ciało profesorskie naszych wszechnic, mające bezsprzecznie na względzie dobro dentystyki polskiej, winno rozwinąć szerszą akcję w oznaczonym kierunku, za co społeczeństwo mu będzie wdzięczne, podniesie to bowiem rozwój polskiej wiedzy specjalnej, co przyczyni się do przysporzenia nam zawodowców, stojących na odpowiednim poziomie naukowym i praktycznym.

Czas nagli...

= **Ze sądu.** Kol. Zawidzki odwołał się w sprawie o obrazę referenta Min. Zdr. Publ. do Sądu Najwyższego, wnosząc $2^1/_2$ tys. mk. tytułem kaucji kasacyjnej.

= **Amalgamaty krajowego** wyrobu. Od czasu do czasu na tutejszym rynku handlowym ukazują się preparaty amalgamatowe wyrobu krajowego. Należy bezwzględnie przyznać, iż wśród tych są wyroby bardzo dobre. Ostatnio ukazał się w handlu nowy amalgamat srebra wyrobu inż. chem. p. Berenta, który po całym szeregu prób i analiz najbardziej rozpowszechnionych amalgamatów, stwierdzających ich istotny skład, zestawił amalgamat, zawierający znaczną domieszkę srebra i odpowiadający w zupełności naszym wymaganiom.

Nowy preparat zestawiony jest z najlepszego gatunku surowców (chemicznie czystych) przy uwzględnieniu przepisów najpoważniejszych autorów i wytwórców tego rodzaju materjałów do plombowania.

Amalgamat inż. Berenta wyrabiany jest w postaci opiłek i wiórek; rozrabia się stosunkowo łatwo, nie wymaga dużo rtęci do rozrabiania, twardnieje normalnie i po stwardnieniu doskonale wytrzymuje kontury; najważniejsze, iż nie kruszy się i nie zmienia barwy do tego stopnia, jak to spostrzega się na wielu innych amalgamatach srebra. Badania co do kurczliwości stwierdziły, iż pod tym względem nowy amalgamat zasługuje na wyróżnienie, bowiem większe nawet plomby

nie wykazują dobrze znanych zmian (wgłębień miseczkowatych) W porównaniu z cenami amalgamatów zagranicznych obecnie nader drogich, wyrób p. Berenta jest tańszy i z tego względu zasługuje na poparcie.

Związek lek. dent. w P. Polskiem (kooperatywa) nowy przetwór rozpowszechnił wśród swoich członków (p. marką „Związek“), od których słyszeć się daje pochlebne opinje, stwierdzające zalety tego amalgamatu.

Tutejsze zakłady dentystyczne chętnie, jak słyszeliśmy, zajmują się sprzedażą amalgamatu inż. Berenta. Za ich przykładem pójdą zapewnie składy dentystyczne prowincjonalne i różni wędrowni odsprzedawcy.

Za naszą radą p. Berent ma wyrabiać amalgamat miedziany (w rodzaju Lippolda) oraz nader trwały niklowy, przewyższający wszelkie bardzo drogie t. z. platynowe, złoto-platynowe amalgamaty, które posiadają te własności, iż platyny wcale nie zawierają.

= **Nasza prasa „niezależna“.** Zwyczajem przyjętym odnośni sprawozdawcy pism codziennych zamierzali przebieg sprawy kol. Barylskiego i Zawidzkiego o „obrazę“ referenta dent. Juljana Biernackiego (zob. poprz. Nr. „Kroniki“) podać do wiadomości publicznej. Nie na rękę komuś widocznie to byłoby ze względu na charakterystyczne dane, ujawnione podczas rozprawy sądowej, czytelnikom już wiadome. Już jednak tegoż samego dnia w Sądzie Okręgowym nie było tajemnicą, iż poczyniono kroki celem przemilczenia tej sprawy. I rzeczywiście. Zamieszczeniu sprawozdań w niektórych pismach codziennych tutejszych, do których się zwrócono, pod rozmaitemi pozorami odmówiono; nawet zawsze bezstronny „Kurjer Polski“ i „Kurjer Czerwony“, który wszystko wie, widzi i słyszy nie raczyły umieścić sprawozdania z ciekawej sprawy, obchodzącej nietylko ogół dentystów lecz i szersze sfery społeczeństwa.

Tak postępuje nasza „niezależna“ prasa, gdy stosunki i stosuneczki potrafią zajrzeć tam, gdzie jest to potrzebne. Ojciec na prawo— syn na lewo. Widocznie „niezależność“ ta ma aż nadto dużo wspólnego z dobrze znanem przysłowiem naszem: „kruk krukowi oka nie wydziobie“.

= **Zmiana płacy.** Ministerstwo Zdrowia Publicznego pismem z d. 16 lutego 1923 r. Nr. Org. 6131/639/23 podwyższyło honorarjum lekarzom-dentystom za leczenie pracowników państwowych, począwszy od dnia 1 lutego r. b., a mianowicie: plombowanie zęba najtańszym materjałem mk. 8000, a usunięcie zęba od mk. 3000—4000. Poprzednie wynagrodzenie wynosiło: plombowanie zęba od mk. 3000—7000; usunięcie zęba — mk. 1500.

= **Osobiste.** Kol. Józef Kapłan mianowany został lekarzem-dentystą dla pracowników państwowych Nowego-Dworu obwodu Modlina i okolic.